أساسيات في علم الاجتماع الطبي

د. محمد عصام طربيه
أ. شادي أحمد أبو خضرا



BANAN BOOKS



أساسيات في علم الاجتماع الطبي


الذخيرة العربية

أساسيات في
علم الإجتماع الطبي

تأليف

د. محمد عصام طربيه　　　　**أ. شادي أحمد أبو خضرا**

الطبعة الأولى

2009



BANAN BOOKS

{ اللهم علّمنا ما ينفعنا ، وانفعنا بما علّمتنا }

محفوظة
جميع الحقوق

الطبعة الأولى

٢٠٠9

BANAN BOOKS

دار بنان أبو عيد للنشر والتوزيع

جبل الحسين – شارع نابلس – مجمّع العقّاد التجاري

ط٣- م (٣٠٩) – ص.ب (٢٠١)

تلفاكس ٥٦٧٧٩٣٥ ٦ ٠٠٩٦٢ جوّال ٦٦٥٠٥٧٧ ٧٩ ٠٠٩٦٢

e-mail : bananbooks@yahoo.com



دار حورابي للنشر والتوزيع

الإدارة : العبدلي – تلفاكس ٠٠٩٦٢٦٤٦٢٠٧١١

المكتبة : جبل عمان – الدوّار الأول ٤٦١٤٥٩١

جوّال ٣٨١١٢٨ ٥ ٧٩ ٠٠٩٦٢

E-mail: mohumed81@yahoo.com

المقدمة

نحمد الله ونشكره أن قدّرنا وساعدنا في كتابة هذا السفر (الكتاب).

هذا الكتاب يُعد مقدمة هامة لأبنائنا الطلبة الذين هم على مقاعد الدراسة في الكليات والجامعات وإلى أعضاء الهيئة التدريسية وإلى أولئك الأشخاص الذين يريدون أن يستزيدوا وينهلوا أن مناهل المعرفة.

يتضمن هذا الكتاب خمس وحدات:

الوحدة الأولى هي: علم الاجتماع: قضايا التعريف، وتتضمن تعريف علم الاجتماع وموضوعية وعلاقة علم الاجتماع بالعلوم الأخرى

أما الوحدة الثانية فهي: علم الاجتماع الطبي وتتضمن تطور الخدمة الصحية ومن ثم نشأة علم الاجتماع الطبي وبعض مفاهيم علم الاجتماع الطبي وفروع هذا العلم ومستقبله.

أما بخصوص الوحدة الثالثة: سوف يتم عرض حول مجالات الصحة العامة وميادينها المختلفة وبعض الأمور المعيقة لهذه الخدمات ومن ثم سوف نتطرق إلى العوامل المؤثرة في الصحة ومن ثم الرعاية الصحية وأهميتها للفرد والمجتمع على حد سواء ناهيك عن تناول الأبعاد الثقافية والاجتماعية للخدمة الصحية وأخيراً سيتم تناول منظمات الصحة الوطنية والدولية والخدمات الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية.

الوحدة الرابعة: فتحمل اسم المؤسسة الصحية كتنظيم اجتماعي وهذا بدوره سيتفرع عنه مفهوم المؤسسة الصحية، خصائصها والاعتبارات التي ستوجب وجود إدارة الخدمة الاجتماعية كالموقع والنشأة والإمكانات والتجهيزات وتتضمن الوحدة : المؤسسة

الصحية والمجتمع المحلي وكذلك العوامل التي تؤثر على دور الطبيب إلى غير ذلك من الموضوعات سيتم ذكرها في تلك الوحدة.

أما الوحدة الخامسة فعنوانها: العوامل الإيضاحية والثقافية المرتبطة بالصحة والمرض، والمهنة والمرض أما بخصوص العوامل الثقافية فتتضمن الثقافة والصحة والمرض، الثقافة والسلوك المرضي العادات والتقاليد ومن ثم المعتقدات الطبية الشعبية.

المؤلفان

د. محمد عصام طربيه أ. شادي احمد ابوخضرا

٨/ ١/ ٢٠٠٨

الوحدة الأولى

علم الاجتماع قضايا التعريف

١- موضوع علم الاجتماع.

٢- تعريف علم الاجتماع.

٣- علاقة علم الاجتماع بالعلوم الأخرى


الذخيرة
العربية

١ - ما هو علم الاجتماع ؟

ليس ثمة شك في أن غير المتخصصين في علـم الاجتمـاع وكـذلك الـذين يبـدون اهتماماً بالقضايا الاجتماعية لديهم فكرة قد تتباين في درجة وضوحها أو غموضها عن هذا العلم لكن قد يكون من الصعوبة عليهم بمكان أن يقدموا إجابة كافية عن التساؤل المطروح ما هو علم الاجتماع؟ ولا من شك في أن هذه الدعوى تنطبق، ربما بصورة أكثر وضوحاً على المبتدئين في دراسة هذا العلم.

وربما اعتقد هؤلاء وأولئك أن إجابة حاسمة يمكن أن يقدمها المتخصصون بسهولة، وربما لم يَدُر بخلدهم أن تعريف علم الاجتماع هو الإشكال الأول الـذي يواجـه حتـى المتخصصين أنفسهم فلو أننا أجرينا تجربة مبسطة مفادها أن نوّجه هذا السؤال إلى خمسة من أساتذة علم الاجتماع فإن دهشتنا قد تكـون بالغـة لتعـدد وربمـا تبـاين واخـتلاف الإجابة، ولو أننا استعرضنا مجموعة من التعريفات المطروحة في المؤلفـات المدرسـية أو المداخل الأساسية لهذا العلم فإننا سنواجه نفس الظاهرة أيضاً، التعـدد والتبـاين وربمـا الاختلاف منذ البداية في تعريف علم الاجتماع، ولذلك فإن التساؤل الذي يثار حـول تعريف علم الاجتماع يثير بدوره سؤالاً ربما كان أكثر أهميـة حـول أسـباب اخـتلاف المتخصصين في تعريفهم وتصوّرهم لهذا العلم ، ولنؤجـل الإجابـة عـن هـذا التـساؤل الأخير، أي لنؤجل تفسير الاختلاف وتباين الرؤية والتصور حتى نحاول الإجابـة عـن السؤال الرئيسي المُثار.

ما هي التعريفات التي تقدمها المؤلفات الحديثة لهذا العلم، لقد حاولنا أن نختار عينة من التعريفات المقدمة في مؤلفات حديثة منشورة على النطاق العـالمي وذلـك لتحقيـق هدفين، أما الأول فيتمثل في الإحاطة بالوضع الراهن مما يكن من الدخول بشكل مباشر في معالجة مشكلة التعريف، بينما يتمثل الهدف الثاني في محاولة تلمس أوجه الاختلاف

بين التعريفات المختلفة والسعي من خلال ذلك إلى محاولة التفسير تمهيداً لتوضيح المشكلة والوصول إلى تعريف يمكن أن يكون مقبولاً لدى قطاع واسع من المشتغلين بهذا العلم من ناحية وأن يحصر نوعية القضايا والمشكلات الأساسية التي يعنى بها علم الاجتماع ويتميز بها بوصفه واحداً من العلوم الاجتماعية، وهو ما يمثل الهدف النهائي لهذا الفصل.

يذهب "جيمس فاندر زاندن" في كتابه المنشور عام ١٩٧٩ إلى أنه "من الملاحظ أن هناك طابعاً مميزاً لعلم الاجتماع بوصفه علماً، مميز له عن العلوم الاجتماعية الأخرى، لكن ذلك قد لا يرضي العلماء الاجتماعيين الآخرين، علماء النفس والاقتصاد والسياسة والانثروبولوجيا بل هو قد يدفعهم إلى الاحتجاج كذلك لأنه حين يذهب علماء الاجتماع إلى أن علمهم هو علم دراسة السلوك الإنساني، فإنهم سوف يذهبون أيضاً إلى أن السلوك الإنساني، هو موضوع دراستهم كذلك.

ويواصل "زاندن" معتقداً أن ثمة ما يميز علم الاجتماع من حيث كونه يدرس أساساً "التفاعل الإنساني" **Human Interaction** الذي يتجلى في التأثير المتبادل الذي يمارسه الأفراد في علاقتهم المتبادلة، التأثير في المشاعر والاتجاهات والأفعال... إن علم الاجتماع لا يهتم بما يجري في دخائل النفس أو الفرد الإنساني، وهو المجال الأساسي لعلم النفس ، بل هو يهتم في المحل الأول بما يحدث بين الناس، إن ثورة اهتمامه إذن هي البشر بوصفهم كائنات اجتماعية تمارس نشاطاً متعدد الأوجه وتدخل مع الآخرين في علاقات متعددة، يهتم علماء الاجتماع إذن بالطرق المتواترة التي يكون الناس علاقتهم من خلالها، والتي تنمو وتتطور بأساليب المحافظة على استمرار هذه العلاقات والروابط أو تغييرها وحلها، إنهم يدرسون الأسرة والجماعات والمجموعات، والقطاعات الدينية والعصابات والتنظيمات الكبرى كالمصانع والجامعات وغيرها.

أما "ماكجي" وزملاؤه فيتبنون في مؤلفهم المنشور عام ١٩٧٧ تعريفاً لعلم الاجتماع يذهب إلى أنه العلم "الذي يدرس النظام الاجتماعي" **Social Order**،

ويشير تصور النظام الاجتماعي إلى ذلك النمط المنظم الذي تجـري وفقـاً لـه الـشؤون الإنسانية بدءاً من علاقات التعاون البسيطة كأن يعاونك شخص غريب عليك بأن يقدم لك مساعدة حتى الجماعات المنظمة التي تتحدث لغة مشتركة وتشترك في نفس الموقف السياسي لأجيال وربما لعدة قرون (أي المجتمعـات التاريخيـة بوصـفها نظمـاً) والنظـام الاجتماعي ليس مجرد أن يفعل الناس ما تعلموا أن يفعلوه فليس ثمة أحد يرغم الناس على إطاعة قواعد السلوك والتصرف فإن هذه القواعد السلوكية قد لا تتحـدد بـالنظم والقوانين في كثير من الأحيان لكن الناس يتعلموهـا ويكتـسبوها ببـساطة مـن خـلال المشاركة الاجتماعية. إن هذا الانتظام الذي تحدث وفقاً له الأشكال المتعددة للأحداث الاجتماعية، والطريقة التي يوجد بها هذا الانتظام هو موضوع دراسة علم الاجتماع.

وحين يدرس علم الاجتماع هذا الموضـوع فإنـه يطـور مجموعـة مـن المفهومـات والتصورات بوصفها أدوات ذهنية للتحليل كما يطور أيضاً رؤى نظرية (أي طرقاً محددة لرؤية موضوع البحث وفهمه وتحليله).

وفي كتابها المنشور عام ١٩٧٩ تقدم "لوسيل دبرمان وكلايتون هارتيجن" تعريفاً ثالثاً مؤداه أن "علم الاجتماع هو أحد العلوم الاجتماعية التي تدرس سلوك الكائنات الإنسانية"، وهو على خلاف العلوم الاجتماعية الأخرى يعني بكافة جوانـب الـسلوك الإنساني في وضع اجتماعي معـين، فعلمـاء الاجتمـاع يدرسـون الطـرق الـتي تتكـون المجتمعات من خلالها والأساليب التي يتصرف بها الأفراد في إطار البنيـات الاجتماعيـة المختلفة، إنهم يحاولون أن يفهموا كيف تتحد الجماعات الإنسانية معاً وتتكامل، وكيف تنفصل وتتباعد ولماذا وتحت أي ظروف يكون التكامل أو الانفصال، كما يهتمون أيضاً بالتغيرات التي تطرأ على المجتمعات الإنسانية وتقبل هذه التغيرات واستيعابها، أو رفضها ومقاومتها. ومن ثم فإنه يمكن تعريف علم الاجتماع بأنه الدراسة العلمية لأنماط الحياة الاجتماعية الإنسانية.

ويقدم "برنارد فيلبس" في مؤلفه "علم الاجتماع من النظرية إلى التطبيق" المنشور عام ١٩٧٩ تعريفاً مؤداه "أن علم الاجتماع هو علم دراسة المجتمع"، ومن ثم فإن دراسة علم الاجتماع يمكن أن تفيدنا إفادة بالغة فيما إذا كانت تصوراتنا وافتراضاتنا عن المجتمع والحياة الاجتماعية صحيحة أم لا، كالتصور الذي يذهب – مثلاً – إلى أن الفقراء مسؤولون عن فقرهم أو أن وجود نظم للمعتقدات مسألة ضرورية بالنسبة للمجتمع، أو حول طبيعة السلطة السياسية أو غير ذلك من القضايا التي ربما كان لدى الإنسان العادي البسيط تصورات وأفكار حولها، إن علماء الاجتماع يمكنهم أن يقدموا لنا المعلومات التي تتعلق بأبعاد الخبرة الإنسانية والتي تجهلها الأغلبية من الناس".

ويمكن أن نضيف إلى هذه التعريفات أيضاً مجموعة أخرى متنوعة شاعت في الكتابات المختلفة، ومنها الكتابات العربية كتلك التي تذهب إلى أن علم الاجتماع هو علم دراسة الظواهر الاجتماعية أو النظم الاجتماعية، أو الإنسان في علاقته بالبيئة والمجتمع والثقافة أو غير ذلك.

ويمكننا أن نلخص العناصر الأساسية التي تضمنتها التعريفات السابقة على النحو التالي:

١- إنه علم دراسة السلوك الإنساني.

٢- علم دراسة التفاعل الإنساني المتبادل.

٣- دراسة النظام الاجتماعي.

٤- دراسة البناء الاجتماعي.

٥- دراسة الأنماط الاجتماعية أو الظواهر الاجتماعية.

٦- دراسة الاعتماد الإنساني المتبادل.

٧- دراسة المجتمع الإنساني في استقراره وحركته.

إن الاختلاف والتباين هو ما نستطيع أن نلاحظه للوهلة الأولى، من خلال الإحاطة السريعة بهذه التعريفات، وهنا نعود إلى التساؤل الذي أثير حول أسباب التباين هذه.

يمكننا ببساطة أن نطرح تفسيراً لهذا التباين يستند إلى بعدين أساسيين أو سببين أساسيين، أما السبب الأول فربما يتمثل في الموقف النظري أو الفكري الذي ينطلق منه التعريف ذاته ذلك لأن علم الاجتماع شأنه شأن العلوم الاجتماعية الأخرى لا يستند إلى موقف نظري موحد يجمع عليه كافة المشتغلين به وإنما هو يستند إلى مواقف نظرية وفكرية متعددة تتفاوت في تقاربها أو تباعدها، ونعني بهذه المواقف، النظرية التي يتبناها عالم أو متخصص ما، ذلك لأن علم الاجتماع يرتبط أشد الارتباط بالواقع الاجتماعي بوصفه موضوع دراسته، والمشتغلون به هم جزء من هذا الواقع الاجتماعي ومن ثم فإن أوضاعهم الاجتماعية واتجاهاتهم الفكرية والفلسفية والسياسية وانتماءاتهم الطبقية تسهم إلى حد بعيد في تباين المواقف النظرية التي ينطلقون منها أو الرؤى النظرية التي يستلهمونها في دراستهم للمجتمع وهذه هي مشكلة القيم في العلوم الاجتماعية بشكل عام والعلماء الاجتماعيين لا يختلفون في ذلك عن رجل الشارع العادي فمثلاً المشاة الذين لا يملكون سيارات قد يرون أن أزمة المرور ترجع إلى تكدس الشارع بالسيارات وعدم مراعاة مالكيها لقواعد المرور بينما قد يرى أصحاب السيارات في تشخيصهم للمشكلة غير ذلك وقد يحملون المشاة عبء الأزمة وهكذا.

إن اتصال علم الاجتماع الوثيق بالحياة الاجتماعية والمشاكل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية، وكون المشتغلين به هم في نفس الوقت جزء من هذا المجتمع، ولهم علاقة ما بتشكيلة المشكلات والظواهر الموجودة تجعل من الصعوبة بمكان أن يتحرر العلم من أحكام القيمة وأن يتحرر علماؤه من الانتماءات القيمية والاجتماعية، وهذه ظاهرة لا ينفرد بها علم الاجتماع وإنما تشترك فيها العلوم الاجتماعية الأخرى بدون استثناء. ومن الجدير بالذكر أن هذا الاختلاف النظري قد لا يرتبط بالدراسة الموضوعية، أو على وجه الدقة قد لا يرتبط بالحقائق الموضوعية ، فالحقائق الاجتماعية الموضوعية

موجودة بخصائصها بغض النظر عن الطريقة التي ينظر بها الباحث أو العالم إليها، فالجريمة لها وجود موضوعي لكن باحثاً ما قد يركز في دراسته على الأسباب الأخلاقية لها انطلاقاً من موقف نظري يرى أن التدهور الأخلاقي هو السبب الرئيسي للجريمة بينما قد يركز باحث آخر على الأسباب الاقتصادية والاجتماعية لأنه يتبنى منطلقاً اقتصادياً اجتماعياً في تفسير الجريمة، لكن الخلاف بينهما لم ينف الوجود الموضوعي للجريمة بوصفها ظاهرة اجتماعية، وعلى نفس النحو قد يرى عالم اقتصاد ليبرالي أن سبب الأزمة الاقتصادية يتمثل في تدخل الدولة في شؤون الاقتصاد كتحديد الأسعار أو الدعم أو غير ذلك بينما يرى عالم آخر ينطلق من موقف نظري مخالف أن ترك المجال مفتوحاً تماماً وبدون تخطيط أو رقابة للنشاط الفردي هو سبب الازمة الاقتصادية، كلاهما إذن معترف بوجود أزمة اقتصادية كحقيقة موضوعية لكن كل منهما يراها بمنظار مغاير، هذا ببساطة ما نعنيه باختلاف المواقف النظرية أو الفكرية، وفي موضع آخر من هذا الكتاب (الفصل الرابع) سوف نعرض بالتفصيل للمواقف النظرية المختلفة في علم الاجتماع وكيف ينعكس اختلافها على رؤية مجال البحث ونوعية القضايا الجديرة بالدراسة ومحاور الاهتمام وأسلوب المعالجة.

أما **السبب الثاني** الذي يؤدي إلى تباين التعريفات في تصوري فهو يتمثل في أن التعريفات السابقة في معظمها تفتقر بشكل أو بآخر بدرجة قد تزيد أو تنقص إلى بعض الشروط المنطقية التي ينبغي أن تتوفر في أي تعريف علمي. والخطأ المنطقي المشترك بين هذه التعريفات جميعاً هي أنها تعرف المجهول بالمجهول، مع أنه من المنطقي أن يعرف المجهول بالمعلوم، بأسلوب آخر أنها تعرف علم الاجتماع ذاته، هي تعرف العلم مثلاً بالسلوك الإنساني أو التفاعل أو النظام أو الظاهرة أو المجتمع أو البناء الاجتماعي أو التغير الاجتماعي علماً بأننا لا نستطيع أن نعرف ما هو المجتمع أو السلوك الإنساني أو النظام الاجتماعي أو الظاهرة الاجتماعية إلا من خلال دراستنا لعلم الاجتماع، وإذا كنا مبتدئين لا نعرف (نظرياً) شيئاً عن علم الاجتماع فكيف نفهم مصطلحات مثل المجتمع

والنظام والتفاعل وغير ذلك من المفهومات التي طرحت بوصفها تعريفاً؟ إنه تعريف المجهول بالمجهول إذن وتلك هي المغالطة التي تمثل بعداً أساسياً من أبعاد التباين والاختلاف في التعريف في إطار ما نتصوره السبب الثاني لهذا التباين.

أما البعد الثاني بلغة المنطق فيتمثل في أن هذه التعريفات في جملتها تعريفات قد تكون جامعة لكنها في الوقت ذاته غير مانعة بمعنى أنها قد تجمع في إطارها كافة العناصر والقضايا والمشكلات التي تدخل بشكل ما في إطار دراسة كافة العناصر والقضايا والمشكلات التي تدخل بشكل ما في إطار دراسة علم الاجتماع لكنها لا تميز علم الاجتماع في حد ذاته بوصفه علماً وإنما قد تخلط بين علم الاجتماع وغيره من الفروع المعرفية الأخرى فالسلوك الإنساني أو الظاهرة الاجتماعية أو التفاعل الإنساني أو المجتمع أو الاعتماد الإنساني المتبادل هي تشكل في حقيقة الأمر الاهتمام الموسع لعلم الاجتماع لكنها في الوقت ذاته وبوصفها مجالاً للدراسة ليست مقصورة على علم الاجتماع وحده، بل إن كافة العلوم الاجتماعية الأخرى تشاركه فيها بدرجة أو بأخرى، فعلم النفس أيضاً يدرس السلوك الإنساني والأنثروبولوجيا الاجتماعية تدرس السلوك الإنساني والمجتمع والظاهرة الاجتماعية والنظام الاجتماعي وكذلك التاريخ وعلم الاقتصاد وعلم السياسة. باختصار إن هذه التعريفات وإن كانت تحدد المجالات العريضة لاهتمام علم الاجتماع إلا أنها لا تميز تميزاً دقيقاً المجال النوعي الذي يدرسه علم الاجتماع وقد لا يشاركه فيه علم اجتماعي آخر.

وقد أدركت بعض هذه التعريفات هذه المشكلة حيث نجد "زاندن" يتدارك الأمر ويقول – معتقداً أنه قد وصل إلى حل لها – أنه "فيما يتعلق بالتفكير في وضع علم الاجتماع بين العلوم الاجتماعية الأخرى فإن علينا أن نتحاشى النظر إلى العلوم الاجتماعية بوصفها علوماً منفصلة منعزلة عن بعضها البعض، فالحدود الفاصلة بين علم الاجتماع والتاريخ والأنثروبولوجيا وعلم النفس والاقتصاد والعلم السياسي هي حدود

مائعة وهلامية ولا يمكن تمييزها بصورة دقيقة وكثيراً ما يحدث أن يغزو علم منها المجال الخاص لعلم آخر.

ومع أننا قد نتفق – إلى حد ما – مع ما يذهب إليه "زاندن" إلا أن ذلك لا يعفينا من ضرورة بذل الجهد في محاولة تعيين المجال الخاص لعلم الاجتماع الذي يميزه بوصفه علماً اجتماعياً. وفي تصوري أن هذه المهمة لا يمكن إنجازها على نحو كاف دون البدء بخطوة تمهيدية تتمثل في أنه قبل البدء بالتعريف علينا أن نعين – ما استطعنا إلى ذلك سبيلاً – الحدود التي تفصل وتميز في الوقت ذاته بين علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية الأخرى حتى يمكن الوصول إلى المجال النوعي لدراسة علم الاجتماع في إطار العلاقات والاختلافات في التصورات والرؤى وزاوية البحث وهدفه بين علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية الأخرى وسوف نختار في هذا الصدد تلك العلوم التي تتداخل حدودها وتتشابك مع علم الاجتماع أكثر من غيرها وهي – الفلسفة – علم النفس – التاريخ – الانثروبولوجيا – العلوم الاجتماعية المحدودة (الاقتصاد – السياسة – القانون – علم الأديان المقارن) وغيرها.

٢- علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية

(أ) الفلسفة والفلسفة الاجتماعية:

لقد نشأ علم الاجتماع في الربع الأول من القرن التاسع عشر في أوروبا على يد "أوجست كونت" العالم الفرنسي في معترك الصراع بين تيارات فلسفية متعارضة، سبقت وواكبت انهيار النظام الاجتماعي القديم (الإقطاع) وصعود النظام الجديد (المجتمع الصناعي الرأسمالي). تيارات فلسفية سياسية وأخلاقية انطلقت من منطق التنوير كالفلسفات السلبية والنقدية التي أسهمت في تقويض النظام القديم بوصفها أسلحة فكرية بالغة الضراوة، أو من المنطق المضاد للتنوير كرد الفعل الفلسفي الرومانسي المحافظ الذي أخذ يتغنى بالعناصر الاجتماعية والأخلاقية الإيجابية للنظام القديم. إن مفهومات وتصورات مثل التقدم أو التغير أو النظام الأخلاقي أو الإجماع هي تصورات تطورت والاجتماعية والسياسية التي عايشتها أوروبا في تلك الفترة في بزوغ علم الاجتماع، وأسهمت هذه التيارات الفلسفية في تشكيل تصورات ومفهومات هذا العلم، مما يوضح الصلة الوثيقة التي ميزت علاقة علم الاجتماع بالفلسفات السياسية والأخلاقية في مرحلة النشأة.

وبغض النظر عن حقيقة انطلاق علم الاجتماع في إطار الفلسفة فإن هناك من يميز بين علم الاجتماع والفلسفة الاجتماعية على أساس أن الفرق بينهما هو ذات الفرق بين كل علم وكل فلسفة، أي بين العلم بشكل عام والفلسفة بشكل عام بوصفهما شكلين مختلفين من أشكال المعرفة الإنسانية، ويحدد هذه الفروق بوصفها أولاً فروق في الهدف، وفروق في طريق بلوغ هذا الهدف، فالفلسفة بصفة عامة تسعى إلى الوصول إلى ما تتصوره حقائق نهائية أو مطلقة ومن ثم فهي تبحث عن العلل النهائية للأشياء أو لظواهر الكون المختلفة التي تشمل أيضاً الإنسان والمجتمع والحضارة، وهي تنشعل بقضايا

مثل القيم الإنسانية النهائية، والعلل النهائية للوجود بما فيه الوجود الإنساني والأنماط المثالية للعلاقة بين الإنسان والموقف العام الذي يحيط به بجوانبه الحضارية والإنسانية والمادية، أما العلم بشكل عام فإن هدفه محدد بالحقائق النسبية بل هو يكاد لا يسلم بوجود ما يسمى بحقائق مطلقة أو علل نهائية، ويعتبر هذه المقولات مقولات فلسفية وغير علمية في الوقت ذاته. وفي ضوء ذلك الاختلاف في الهدف تختلف التساؤلات التي يثيرها كل من الفيلسوف والعالم، فالتساؤل الفلسفي طموح وغير محدود بينما التحديد والتواضع هما السمتان الأساسيتان اللتان تميزا أي تساؤل علمي، إن الفيلسوف يستطيع أن يتساءل حول مستقبل الإنسان أو مصير الإنسان، أو مصير الحضارة الإنسانية ككل لكن العالم لا يستطيع إثارة مثل هذا السؤال لأن طرقه المنظمة في الحصول على إجابة عن تساؤلاته لا تمكنه من الإجابة عليه بشكل يستوفي الشروط العلمية إن العالم يستطيع فقط أن يثير تساؤلاً محدداً مثلاً ما هي الظروف والملابسات الموضوعية الملموسة التي يمكن قياسها وحصرها التي تؤدي في موقف ما إلى ظاهرة العنف في سياق اجتماعي معين، أو ظاهرة الجريمة، أو التغير الاجتماعي أو غير ذلك من التساؤلات المحددة التي يمكنه الإجابة عنها بالطرق التي اصطلح على تسميتها بالمنهج العلمي.

وجدير بالذكر أن الاختلاف في الهدف وطبيعة الأسئلة المثارة تفرض اختلافاً في طرق بلوغ هذا الهدف وطرق الإجابة عن هذه الأسئلة، فهدف الفلسفة ربما يفرض تصورات أو تعميمات قبلية تتشكل في ذهن الفيلسوف يتجه إلى أن يخلعها ويطبقها على الظواهر الملموسة أو على حد تعبير البعض أن منطق التفكير الفلسفي يبدأ من الكليات إلى الجزئيات، إنه يبدأ بالتعميم ثم يتجه إلى استنباط الحقائق الجزئية من هذا التعميم، وهو يعتمد في تعميماته إلى حد بعيد على خبرة تأملية ذاتية، بينما يتخذ العالم موقفاً مناقضاً وهو يحاول الوصول إلى هدفه والإجابة عن تساؤلاته، إنه لا يضع اعتباراً للخبرة الذاتية، بل الخبرة الموضوعية التي تستند إلى ملاحظة الوقائع الموضوعية ورصدها بمختلف أساليب الرصد والقياس الدقيقة منطلقاً من تصور أساسي يعد مسلمة محورية من

مسلمات المنطق العلمي مؤداه أن العالم يتميز بالوجود الموضوعي بشكل مستقل عن تصوراتنا الذاتية. ولذلك فإن المعرفة العلمية تبدأ من الجزئيات انطلاقاً نحو التعميم، إنها طريقة استقرائية أساساً تبدأ من الدراسة الموضوعية للجزئيات حتى تتمكن من وصف الخصائص المشتركة لهذه الجزئيات وتعيين العلاقات المتبادلة بينها.

لكن هذه الاختلافات التي قد يراها البعض فارقاً بين العلم والفلسفة لا تنفي العلاقة الوثيقة بينهما بشكل عام فالتفكير الفلسفي قد يثري التفكير العلمي من خلال ما قد يثيره من تساؤلات قابلة للبحث والدراسة بأسلوب علمي، ومن خلال ما يمكن أن تهتم به الفلسفة – وبخاصة المنطق في تطوير مناهج البحث العلمية وصياغة القانون العلمي والنظرية العلمية (المنطق الرياضي على سبيل المثال) ومن ناحية أخرى فإن التقدم العلمي في البحث والاكتشاف يسهم إسهاماً بالغاً في تطور الفكر الفلسفي من حيث كونه يسهم في حل الأشكال المعرفية والمنهجية التي تثيرها الفلسفة، فالفيلسوف المعاصر أصبح يعتمد بشكل متزايد – في بناء نسقه الفلسفي – على نتائج البحوث العلمية التي لا يستطيع أن يتجاهلها سواء كانت هذه العلوم علوماً طبيعية أو اجتماعية إلى المدى الذي تطورت فيه فلسفات علمية (الوضعية والوضعية المنطقية) كما تطورت فلسفة العلوم لكي تسهم بشكل مباشر في ترقية مناهج البحث العلمي وتطويرها (على سبيل المثال تستند الفلسفة المادية الجدلية على كثير من حقائق العلوم الطبيعية، وهي في الوقت ذاته تثير موضوعات متنوعة جديرة بالبحث في العلم الطبيعي، وتطرح أيضاً منطقاً محدداً للبحث العلمي).

أما عن علاقة الفلسفة بشكل عام والفلسفة الاجتماعية بشكل خاص بعلم الاجتماع فإننا نستطيع أن نقول بأنها تجري وفقاً لنفس المنطق، منطق العلاقة بين الفلسفة والعلم، فهناك فلسفة لعلم الاجتماع وهي ذلك الجانب الهام الذي ينطوي على منطق البحث الاجتماعي والمسلمات الأساسية التي ينهض عليها علم الاجتماع بوصفه علماً، كما تسهم الفلسفة من خلال المنطق في صياغة النتائج التي يصل إليها البحث الاجتماعي

في صورة تعميمات أو قوانين وصولاً إلى بناء النظرية الاجتماعية، فالنظرية الاجتماعية هي نسق منطقي في المحل الأول ترتبط فيه النتائج بالمقدمات، لكن المقدمات والنتائج جميعاً قد تمت صياغتها وفقاً لقواعد المنطق وعلى أساس البحث العلمي الموضوعي في الوقت ذاته. ولا نستطيع أن ننكر ما قدمته الفلسفة الاجتماعية إلى علم الاجتماع من تصورات ومفهومات ومقولات أساسية، وبصفة خاصة في مرحلة النشأة.

ومن ناحية أخرى فقد أسهم علم الاجتماع إسهاماً بارزاً في حل الكثير من المشكلات الفلسفية، مشكلة المعرفة، ومشكلة القيم ومشكلة الإنسان الأخلاقية والدينية إلى المدى الذي يصيح فيه البعض منذراً ومحذراً من أن علم الاجتماع يحاول استئصال المنطق واقتلاع الميتافيزيقا وهم يعنون بذلك أنه يحاول حل المشكلات الكلاسيكية في الفلسفة ومن ثم إنهاء عصر التفكير الفلسفي.

فمن حيث مشكلة المعرفة، قدم روّاد علم الاجتماع إسهامات بارزة حين عرض "كارل ماركس " كيف أن الوجود الاجتماعي يحدد الوعي الاجتماعي ومن ثم فالعقل لا يفرز فكراً بمعزل عن علاقة الإنسان وكفاحه في الواقع المادي والاجتماعي الموضوعي، وقدم "اميل دوركايم، إسهاماً لا يقل أهمية في حل المشكلة الفلسفية التقليدية (مقولات الفكر) حين عارض كل من التيارين الفلسفيين المتنازعين حول هذه القضية، الفلسفة الحسية أو التجريبية التي ترى أن الخبرة الحسية المباشرة هي مصدر المعرفة والفلسفة العقلانية التي ترى أن مقولات الفكر كافية في العقل الإنسان بوصفه عقلاً إنسانياً وأنها بذلك سابقة على أي خبرة حسية أو وجود موضوعي اجتماعي للإنسان. وقد فهم "دوركايم " مشكلة مقولات الفكر بوصفها مشكلة اجتماعية، أو هي تجد حلاً لها إذا ما تم تفسيرها في ضوء الواقع الاجتماعي، باعتبار مقولات الفكر ذات أصل وطبيعة اجتماعية، إن بعض القبائل التي يتخذ مكان إقامتها شكلاً دائرياً تفهم "المكان" بوصفه دائرة أو في شكل دائري، كما أن مقولة الزمان ما هي إلا انعكاس ذهني للزمان الاجتماعي للقبيلة تتابع الأنشطة الاجتماعية والطقوس والمراسم والمناسبات وغير ذلك.

وبنفس الطريقة يسهم علم الاجتماع في حل المشكلات القيمية والأخلاقية والدينية حينما يفسرها ويفهمها في ضوء أصولها الاجتماعية وتطورها التاريخي، على سبيل المثال إسهام كارل ماركس في فهم العلاقة بين البنية الأساسية في المجتمع وبين البنية الفوقية أو الأيدولوجيا، ونظرية "اميل دوركايم" الاجتماعية في الدين والمعتقدات، وإسهام ماكس فيبر في مجال العلاقة بين الأفكار الدينية والأخلاقية والنظم الاقتصادية والتطور الاجتماعي، وحديثاً "كلود ليفي شتروس" في معرض تفسيره البنيوي للأسطورة والخرافة.

ومن ناحية أخرى فإن التطورات الفلسفية تجد صدى لها في علم الاجتماع سواء على مستوى النظرية أو المنهج، فالفلسفة الكانتية المحدثة التي كانت تشكل بعدا هاماً من أبعاد المناخ الثقافي في ألمانيا في الوقت الذي عاش فيه ماكس فيبر، والتي ميزت في مجال الظواهر الطبيعية بمعنى الفيزيقية، وذهبت إلى أنها الفئة القابلة لتطبيق ما اصطلح عليه من مناهج البحث العلمي، وفئة الظواهر الروحية أو الإنسانية، النفسية والاجتماعية والثقافية، وهي فئة لا يمكن أن تفهم من خلال منهج البحث العلمي المعروف في تصورها، هذا التميز قد أثر تأثيراً بالغاً في تطوير "ماكس فيبر" لمفهوم "الفهم التعاطفي" **Verestehen** بوصفه الأداة الفعالة لدراسة الظواهر الاجتماعية والفلسفية الوضعية المنطقية قد انعكست في تيار وضعي أيضاً في علم الاجتماع لدرجة جعله يتطور إلى علم اجتماع رياضي، ويمكن أن ينطبق ذلك أيضاً وإلى حد بعيد على التيارات الفلسفية الأخرى كالمادية والمثالية والفينومنولوجيا والوجودية والبنيوية وغير ذلك.

ويتضح من هذه المناقشة المختصرة أنه على الرغم من أن علم الاجتماع يتميز عن الفلسفة الاجتماعية تميز أي علم عن أي فلسفة في الهدف والطريق ونوعية التساؤلات المثارة وشكل الخبرة التي تعاون على الإجابة عن هذه التساؤلات. إلا أن ثمة أوجه متعددة للتداخل والتشابك من ناحية وثمة إسهامات متبادلة من ناحية أخرى إلى المدى الذي قد يغزو أحدهما مجال علم الآخر، فليس من شك في أن مؤلفاً مثل "مقدمة ابن

خلدون" يصعب تصنيفه، هل هو مؤلف في علم الاجتماع أم في الفلسفة الاجتماعية والسياسية، وغير ذلك الكثير.

(ب) علم النفس:

كثيراً ما يتبادر إلى ذهن غير المتخصص أن علم النفس وعلم الاجتماع هما تسميتان لشيء واحد. وربما جاء مثل هذا الخلط أحياناً من أجهزة الأعلام في معرض مناقشتها للقضايا العامة ذات الطبيعة الاجتماعية أو السيكولوجية، ومع وضعنا للعلاقة التي تتوثق أحياناً وتتباعد أحياناً أخرى بينهما، فإن هذا الأمر يتطلب محاولة لتحديد المجال الدقيق لكل منهما ، إن التساؤل الذي يثار حول التمييز بين علم النفس وعلم الاجتماع قد يلق إجابات متعددة، لعل من أبرزها أن علم النفس يدرس الفرد بوصفه شخصية أو كياناً سيكولوجياً متميزاً، بينما يدرس علم الاجتماع الجماعات والمجتمعات والنظم الاجتماعية التاريخية. والواقع أن مثل هذه الإجابة تمثل تبسيطاً مخلاً للقضية يأتي على حساب الحقائق العلمية الموضوعية، وأولى هذه الحقائق أنه من الصعوبة بمكان أن نفصل فصلاً تعسفياً بين الفرد من ناحية والمجتمع من ناحية أخرى، فالأفراد بوصفهم فاعلين نشطين في حركة التاريخ هم الذين يمكنهم أن يهدموا ما شيدوا، بل إن بعض التيارات السيولوجية تذهب إلى إنه ليس ثمة وجود موضوعي مادي لما نطلق عليه "المجتمع" إننا نطلق اسم المجتمع حينما يتواجد الأفراد معاً وينشطون ويتفاعلون، ويطوّرون أنماط معينة للفعل الإنساني، أما الوجود الحقيقي فهو الوجود الفردي، الأفراد إذن هم الموجودين بالفعل أما المجتمع فهو موجود بالاسم، وتلك هي النزعة المعروفة بالاسمية الاجتماعية والتي ارتبطت في نشأتها بفلسفة التنوير النقدية العقلانية الفردية بوصفها رد فعل عنيف على قهر النظام الاجتماعي الإقطاعي اللاهوتي للأفراد.

وفي الوقت ذاته لا يمكن أن يدعي "علم النفس" بوصفه علماً أنه يستطيع أن يفهم السلوك الفردي ذاته أو الشخصية الفردية في تكوينها ونموها وارتقائها بمعزل عن الظروف الاجتماعية والحضارية والتاريخية المحيطة أو التي تتطور في إطارها هذه

الشخصية، إن فهمنا إذن للعلاقة الوثيقة بين الفرد والمجتمع بوصفها علاقة ديالكتيكية يمكن أن تعيننا على تصور العلاقة بين علم النفس وعلم الاجتماع.

وتذهب إجابة أخرى إلى أن علم النفس يهتم بالعالم الداخلي للفرد، أي العمليات العقلية والنفسية التي تجري داخل الأفراد كالإدراك والتذكر والتخيل والانفعال بالإضافة إلى المظاهر المرضية لهذه العمليات الداخلية، أما علم الاجتماع فإنه يهتم أساساً بالعالم الخارجي للفرد أي علاقته بالآخرين وتفاعله معهم وعلاقته بالجماعات والنظم الاجتماعية والثقافية، إن علم الاجتماع يهتم بالفرد بوصفه عضواً في جماعة وطبقة أو طائفة وتنظيم وحزب سياسي ومشاركاً في مجتمع تاريخي معين وثقافة معينة. ومع أن هذا التمييز يخطو خطوة أبعد وأكثر تقدماً في مجال التمييز إلاّ أن الإشكال الأساسي يظل هو هو ونعني بهذا الإشكال طبيعة العلاقة الوثيقة بين عالم الفرد الداخلي وعالمه الخارجي وإلى أي مدى يتبادلان التأثير والتأثر، إلى أي مدى يتأثر العالم الداخلي للفرد بعالمه الخارجي والعكس أيضاً، والواقع أن هذه المشكلة أثارت وما تزال تثير تيارات نظرية كاملة قد تنحاز إلى التأثير البالغ للعالم الداخلي على العالم الخارجي أحياناً، وقد تنحاز في أحيان أخرى إلى التأثير المسيطر للعالم الخارجي (المجتمع) على السيكولوجيا الإنسانية. ونعني بذلك أن هناك نظريات سيكولوجية في علم الاجتماع تسعى إلى تفسير المجتمع ككل في حركته واستقراره من خلال قوانين علم النفس الفردي، أو هي تستخدم مقولات علم النفس في تفسير الظواهر الاجتماعية وفهمها كمقولة "المحاكاة" أو التقليد مثلاً بوصفها يمكن أن تفسر انتشار الظاهرة الاجتماعية وتكرارها أو عقدة أوديب لتفسير التغيرات الاجتماعية والسياسية العنيفة أو الاكتئاب لتفسير انتشار الانتحار إلى المدى الذي يشكل فيه ظاهرة اجتماعية أو تعاطي الحشيش أو غير ذلك.

وفي مقابل ذلك نجد تياراً سسيولوجياً يسعى في ضوء مقولات علم الاجتماع إلى تفسير العالم الداخلي للفرد أو إلى تفسير الظواهر السيكولوجية ويرى على سبيل المثال أن عقدة أوديب أو عقدة الأخطاء وهي من المقولات الأساسية في التحليل النفسي

ليست ثوابت سيكولوجية أو هي ليست خصائص سيكولوجية عامة وثابتة في النوع الإنساني، كما يذهب التحليل النفسي التقليدي وإنما هي نتائج سيكولوجية لظروف اجتماعية وحضارية (السلطة الأبوية والمجتمع الذكوري)، ويحاولون التدليل على ذلك من خلال دراساتهم الميدانية وشواهدهم التي تذهب إلى أن المجتمعات البدائية حيث تنعدم سلطة الأب والوضع المتميز للذكور لا تعرف مثل هذه العقد أو المركبات، أن الخصائص السيكولوجية إذن بالنسبة لهذا التيار هي انعكاس للواقع الاجتماعي التاريخي بكل ما يحمله هذا التعبير من معنى.

بينما نرى تياراً ثالثاً ما يزال مؤثراً على المستوى النظري من ناحية وعلى مستوى الحركات الاجتماعية (ذات الطابع السلبي أو المثالي) من ناحية أخرى (حركات الهيبز ورفض المجتمع الاستهلاكي والدفاع عن الذات ضد قهر النظام الاجتماعي وتدخله، وحركات الطلبة والشباب في أوروبا في أواخر الستينيات) يسعى إلى تطوير صياغة نظرية على أساس مقولات علم النفس وبخاصة التحليل النفسي (فرويد) من ناحية ومقولات سسيولوجية (كارل ماركس) من ناحية أخرى تسعى إلى تفسير الانساق الاجتماعية التاريخية ونعني بذلك التيار مدرسة فرانكفورت (أدورنو – ماركوزا وغيرهما).

ومن الجدير بالذكر أن كافة هذه التيارات بغض النظر عن اختلافاتها النظرية والعملية التي قد تصل إلى حد التناقض، إنما تعكس حقيقة ناصعة، وهي العلاقة الوثيقة بين الفرد والمجتمع ومن ثم بين علم النفس وعلم الاجتماع.

لكن تياراً بارزاً من تيارات علم النفس ربما يجد نفسه مرتبط بالعلوم الفيزيقية أكثر من ارتباطه بالعلوم الاجتماعية مثل بعض التيارات السلوكية وعلم النفس الفسيولوجي، لكنها في حقيقة الأمر حينما تبتعد عن العلوم الاجتماعية والإنسانية فإنها تبتعد كذلك عن فهم حقيقي للإنسان بما هو إنسان.

لكن التداخل بين ما هو نفسي وما هو اجتماعي قد لا يعني دائماً التداخل والخلط بين علم النفس والاجتماع، هذا الخلط الذي قد يحدث نتيجة للخلط بين مستويات

التفسير ذاتها، فالمجتمع على سبيل المثال قد تطور عن الحياة النفسية الفردية لكنه في تطوره قد تجاوز هذه الحياة وأضحى وجوداً متميزاً مستقلاً عن الحياة الفردية هذه وليس أدل على ذلك من أن الفرد الواحد قد لا يستطيع أمام الآخرين أن يسلك سلوكاً يسلكه وهو منعزل عنهم وهنا يصبح لكل مستوى من مستويات التفاضل هذه قوانينه الخاصة القادرة على فهمه وتفسيره ومقولاتها الخاصة أيضاً، ببساطة أن مقولات علم النفس تستطيع أن تفسر الظواهر الفردية أو الحالات الفردية، أما إذا اتخذت أو تطورت هذه المظاهر الفردية لكي تصبح ظاهرة عامة فهنا ينتهي دور مقولات علم النفس ليأتي دور مقولات علم الاجتماع طالما أن الحالة الفردية تحولت إلى ظاهرة اجتماعية واسعة الانتشار. وحتى يمكن توضيح هذا المذهب نضرب مثلاً بتعاطي الحشيش أو المخدرات بوجه عام، ففي الوقت الذي يكون فيه تعاطي الحشيش محصوراً في إطار حالات فردية معدودة أو محدودة النطاق فإن علم النفس بمقولاته المختلفة، الإحباط أو الاكتئاب أو الاستعدادات أو الاضطراب الانفعالي، يمكن أن يفسر عدم توافق أو اضطراب أو إدمان هذه الحالات الفردية أما حينما تتخذ الظاهرة شكلاً واسع الانتشار، في الريف والحضر وبين الشرائح الاجتماعية المختلفة، فإن العوامل السيكولوجية هنا تصبح غير قادرة على التفسير ويأتي دور علم الاجتماع لكي يفسر هذه الظاهرة العامة من خلال مقولاته كالبنية الاجتماعية أو التغير الاجتماعي أو الظروف الاقتصادية والسياسية أو التناقضات الاجتماعية أو غير ذلك من المقولات، ذلك لأنه لا يمكن لعلم النفس أن يواصل تفسير الظاهرة الاجتماعية هنا بنفس المفهومات التي فسر بها الحالات الفردية فهو لا يستطيع أن يذهب مثلاً إلى أن المجتمع كله قد أصيب بحالة اكتئاب دفعته إلى تعاطي المخدرات لأننا قد نسلم معه بأن هناك حالة اكتئاب وإحباط عامة ترتبط بتعاطي المخدرات أو تصاحبها لكن ما الذي أدى إلى أن تتخذ حالة الاكتئاب هذه شكلاً عاماً أو شكل ظاهرة اجتماعية عامة؟ إن حالة الاكتئاب هذه شأنها شأن التعاطي تصبح ذاتها قابلة للتفسير السسيولوجي أو التفسير من منظور علم الاجتماع، إن تفسير المجتمع بمقولات علم

النفس ليس أقل خطأ من تفسير الشخصية الإنسانية بمقولات البيولوجيا أو الفسيولوجيا، حقاً أن هذه المستويات تتكامل وتتفاعل وربما تصارعت أيضاً لكن يظل لكل مستوى منها قوانينه النوعية الخاصة التي تلائمه.

ويرجع الفضل إلى "اميل دوركايم" في المبادءة بالتنبيه إلى خطورة تداخل مستويات التفسير على فهمنا للحقائق الموضوعية وذلك في كتابه "قواعد المنهج في علم الاجتماع" ودراسته عن الانتحار التي قدمها نموذجاً لما يعنيه بهذه المبادءة. فهو في دراسته عن الانتحار يميز بين الانتحار بوصفه حالات فردية محدودة، وهنا يصبح مجالاً لدراسة علم النفس وتفسيراته، وبوصفه ظاهرة اجتماعية، أي حينما تتفاقم حالات الانتحار وتنتشر وتتكرر، وهنا تصبح موضوعاً لعلم الاجتماع حيث يذهب إلى أنه كما أن الظاهرة السيكولوجية الفردية ينبغي أن تفسر بظواهر سيكولوجية على نفس المستوى، فإن الظاهرة الاجتماعية أيضاً يجب ألا يتم تفسيرها إلا في ضوء ظواهر اجتماعية مماثلة، وانطلاقاً من هذا التصور يفسر ظاهرة الانتحار كظاهرة اجتماعية – ومن خلال الإحصاءات والبيانات التي جمعها في عصره – بوصفها مرتبطة إيجاباً أو سلباً بدرجة أو بظاهرة التضامن الاجتماعي أو التفكك الاجتماعي ويميز وفقاً لذلك بين أشكال اجتماعية مختلفة للانتحار، الانتحار الأناني الذي ينتج عن انحلال الروابط الاجتماعية والانتماءات الاجتماعية والثقافية والدينية للفرد، والانتحار الإيثاري الذي ينتج عن شدة وعمق هذه الروابط (كأن يضحي الفرد بحياته في سبيل الجماعة) والانتحار الأنومي الناتج عن اضطراب وفوضى القيم الاجتماعية والمعايير وتضاربها حيث لا يستطيع الإنسان أن يعين الخطأ من الصواب.

ومع أننا حتى الآن قد نجحنا – بعض الشيء في التمييز بين علم النفس وعلم الاجتماع من حيث مستوى التفسير وزاوية النظر، وربما الموضوع أيضاً، إلا أن التداخل لا يزال قائماً، ولذلك نجد جسوراً علمية تمد بين العلمين لكي تهتم أساساً بنقاط التفاعل والالتقاء بين ما هو فردي وما هو اجتماعي، ولعل أشهر هذه الجسور هو ذلك الفرع

المعروف بعلم النفس الاجتماعي الذي لا نستطيع أن نجزم بما إذا كـان ممتـداً مـن علـم النفس للالتقاء بعلم الاجتماع أو ممتداً من ناحية علم الاجتماع للالتقاء بعلم النفس فهو في كثير من الجامعات يعد فرعاً من فروع علم الاجتماع (الجامعات الأمريكية والأوروبية إلى حد ما) وفي البعض الآخر يعتبر فرعاً من فـروع علـم الـنفس (كمـا هـو الحـال في الجامعات المصرية) لكنه على أي حال وبغض النظر عن مشكلة النسب، يعالج قضايا أو من المفترض أن يعالج قضايا تقع في قلب الديالكتيك بين ما هو اجتماعي وما هو نفسي، كيف تتفاعل الشخصية الإنسانية مع المجتمع والحضارة والتاريخ؟، كيف تتشكل وتُصاغ التصورات والأفكار والقيم والاتجاهات وكيف تنمو وكيف تتغير وتتحول، أين يكمن دور المجتمع والحضارة في هذا الصدد وما هو دور المتغيرات السيكولوجية. بشكل عام أن علاقة الفرد بالمجتمع – علاقة المتغيرات السيكولوجية بالأبعاد الاجتماعيـة والحـضارية والتاريخية، هي التي تشكل بؤرة الاهتمام الأساسية لهذا العلم الذي يمثـل حـلاً سـعيداً للإشكال الذي أشرنا إليه من قبل، إشكال التداخل بين الفردي الاجتماعي.

٣- بين التاريخ وعلم الاجتماع:

إذا كان علم الاجتماع يدرس الظاهرة الإنسانية أو التفاعل الإنساني، فإن الموضوع ذاته هو محور اهتمام علم التاريخ، ولذلك فإن تساؤلاً يُثار دائماً حول طبيعة العلاقة بين علم الاجتماع والتاريخ من ناحية والحدود الفاصلة والمميزة بينهما من ناحية أخرى، ومن الجدير بالذكر أن محاولات متعددة قد بُذلت لتعيين هذه العلاقة لعل أكثرها سذاجة تلك التي تذهب ببساطة إلى أن علم الاجتماع هو تاريخ الحاضر بينما علم التاريخ هو علم اجتماع عصور مضت، ونحن نصف هذه المحاولة بالسذاجة لأنها تتجاهل حقائق أساسية، أولها أن ثمة اختلافات أساسية في التصورات النظرية والأدوات التحليلية وأساليب الدراسة والبحث بين التاريخ وعلم الاجتماع بوصفهما فرعين متميزين من فروع المعرفة العلمية، وثانيهما أن التاريخ قد يهتم بالحاضر ولكنه يظل تاريخاً (التاريخ الحديث والمعاصر) في أسلوب معالجته للأحداث الإنسانية ورصده لها، كما أن علم الاجتماع قد يهتم بدراسة ظواهر ونظم اجتماعية في مراحل تاريخية مضت، لكنه يظل علم اجتماع يميزه منظوره الذي يستخدمه في فهم الحقائق وتحليلها، وهدفه النوعي من دراستها، ويضاف إلى ذلك أيضاً استحالة الفصل التعسفي بين الماضي والحاضر، فإن الحاضر قد تشكل واتخذ طابعه وملامحه الأساسية من خلال مسيرة تاريخية طويلة بحيث يصعب تحليله وفهمه دون الرجوع إلى الجذور التاريخية وذلك ينطبق على كافة الظواهر الاجتماعية كالأسرة والدولة والطبقة والجماعات المحلية، كما ينطبق أيضاً على المشكلات الاجتماعية التي قد تواجهنا في اللحظة الراهنة كالعنف والجريمة وأشكال الانحرافات الاجتماعية الأخرى. ومن هنا تتضح لنا بساطة وسذاجة محاولة التمييز هذه.

أما المحاولة الثانية فربما كانت أكثر اقتراباً من الحقيقة، ونعني بها تلك التي تذهب إلى أن التاريخ يدرس الأحداث الإنسانية الفريدة غير المتكررة أو القابلة للتكرار من الأحداث الإنسانية مع كونهما قد يتناولان الموضوع ذاته، فالاختلاف إذن ماثل في هدف

الدراسة والزاوية التي ينظر كل منهما للموضوع من خلالها، فالثورة بوصفها تغيراً اجتماعياً نوعياً يمكن أن تكون موضوعاً مشتركاً للبحث بين علم الاجتماع والتاريخ، لكن علم الاجتماع يهتم بها بوصفها ظاهرة اجتماعية متكررة وقابلة للتكرار بصرف النظر عن مكان ما وزمان ما وثورة بعينها، إنه يدرس ثورات متفرقة حدثت في أماكن متفرقة وأزمنة مختلفة ليس بهدف اكتشاف النمط الفريد أو الخصائص الفريدة لكل ثورة بل يهدف اكتشاف النمط المشترك بين الثورات جميعاً وذلك لكي يصل إلى تعميم حول "الدوافع الاجتماعية والاقتصادية والسياسية للثورة بوصفها فعلاً إنسانياً، أو إلى نظرية اجتماعية في الثورة، بينما يهتم المؤرخ برصد كل ثورة بملابساتها وأحداثها ونمطها الفريد وشخصياتها البارزة، لكي يسجل الثورة كحدث إنساني فريد غير متكرر أو بأسلوب آخر إنه يهتم بالثورة الفرنسية بوصفها ثورة فرنسية وبالثورة الروسية بوصفها ثورة روسية ومن حيث وقعا في زمان معين نتيجة لدوافع معينة واتخذا مساراً معيناً، إنه يرصد كل حدث على حدة بوصفه حدثاً تاريخياً نوعياً، بينما يهتم علم الاجتماع بالموضوع ذاته فإنه لا يدرس هذه الثورات في حد ذاتها بل بوصفها مادة تاريخية لتطوير نظرية اجتماعية في الثورة والحركات الاجتماعية وهو في سبيل ذلك يستعين بالمادة التي جمعها المؤرخون عن مختلف الثورات بالقدر الذي يعاونه على فهم الثورة بوصفها ظاهرة اجتماعية حدثت بالأمس في فرنسا أو في روسيا أو في الولايات المتحدة لكنها كفعل اجتماعي يمكن أن تتكرر في أي وقت وزمان ومكان (كفعل اجتماعي ينطوي على رفض لواقع معين وتغيير هذا الواقع).

الثورة التي يدرسها المؤرخ إذن هي ثورة ملموسة وقعت في تاريخ محدد ومكان محدد وشاركت فيها قوى محددة ومن ثم فهي حدث فريد، فالثورة الفرنسية التي وقعت في فرنسا في عام ١٧٨٩ بقيادات معينة، لن تتكرر مرة أخرى كثورة فرنسية ذلك لأن التاريخ لن يعود مرة أخرى إلى عام ١٧٨٩، ولن تبعث شخصيات مثل لويس السادس عشر أو ماري انطوانيت، أو روبسبير مرة أخرى – هي من هذه الزاوية حدث فريد.

لكنها بوصفها فعلاً إنسانياً ينطوي على خصائص العنف ورفض القهر والتغيير الجذري قابلة للتكرار ليس باعتبارها ظاهرة فرنسية بل بوصفها ظاهرة إنسانية عامة فالإنسان في كل زمان ومكان قد يتخذ موقفاً ضد أشكال القهر وينتفض عليها ويثور. وهنا نستطيع أن نقول أن علم التاريخ يدرس هذه الظاهرة بوصفها حدثاً أو فعلاً تاريخياً فريداً بينما يدرسها علم الاجتماع بوصفها فعلاً اجتماعياً قابلاً للتكرار بصرف النظر عن الزمان والمكان ولذلك فإن المؤرخ يركز على العناصر التاريخية الفريدة في هذا الفعل بينما يركز عالم الاجتماع على الخصائص الإنسانية العامة أو المشتركة.

ومن الجدير بالذكر أن هذه المحاولة وإن كانت تقترب من الحقيقة إلا أنها لا تنفي أنماط التداخل والتشابك والعلاقات المتبادلة بين التاريخ وعلم الاجتماع بوصفهما علمين إنسانيين يدرسان الموضوع ذاته، المجتمع والتفاعل الإنساني والأفعال الإنسانية. هذا التداخل الذي ميّز المسيرة التاريخية لكل منهما وما يزال يميّزها.

لقد كان المؤرخ وعالم الاجتماع العربي "عبد الرحمن بن خلدون" يصدر إعداد كتاب في التاريخ "تاريخ العرب والعجم والبربر ومن عاصرهم من ذوي السلطان الأكبر" حيث لاحظ أن الأخبار التي أوردها المؤرخون قبله تختلط بالأساطير والروايات بحيث يغدو مستحيلاً التمييز بين الصحيح والباطل من الأخبار التاريخية وهنا حاول أن يصطنع منهجاً علمياً معيناً يمكنه من عملية التمييز هذه وكان في هذه المحاولة سباقاً إلى اكتشاف علم العمران البشري أو الاجتماع الإنساني بلغته وعلم الاجتماع بلغتنا، إذ ذهب إلى أن معرفة القوانين والانتظامات التي تحكم حركة المجتمع هي الشرط المسبق أو هي المحل الذي نستطيع من خلاله كمؤرخين أن نميز بين الصحيح والباطل من الأخبار. إن هذا المثال التاريخي يعكس إلى حد بعيد العلاقة الوثيقة بين علم الاجتماع والتاريخ، لقد اكتشف ابن خلدون علم الاجتماع خلال البحث التاريخي، لكنه وجد أن التاريخ بدون رؤية اجتماعية أو معرفة بقوانين العمران البشري، يختلط فيه الباطل بالصحيح إلى

الدرجة التي يمكن أن نقول فيها أنه اكتشف علم التاريخ الحقيقي باكتشافه لعلم الاجتماع أو الرؤية الاجتماعية.

إن ما يمكن أن نستخلصه من مثال ابن خلدون هذا، أن علم الاجتماع يمد المؤرخ برؤية اجتماعية ضرورية لرصد الأحداث وتحليلها وتقييمها وقياس مدى إمكانية حدوثها في ضوء المرحلة الاجتماعية التي حدثت فيها، وفي ضوء طبيعة المجتمع والنظم الاجتماعية والثقافية، فالمؤرخ لا يرصد أحداثاً وقعت في فراغ – بل في سياق اجتماعي وثقافي، هذه الرؤية الاجتماعية التي تمكنه من الحكم على صحة الخبر أو زيفه، بحيث يستطيع أن يقول أن حدثاً معيناً لا يمكن أن يقع في إطار مجتمع له خصائص معينة، ويمكن أن يقع في إطار سياق اجتماعي آخر له خصائص أخرى.

يقدم علم الاجتماع للمؤرخ إذن الرؤية الاجتماعية التي يستطيع من خلالها أن يرى الأحداث والأخبار في سياقها الاجتماعي الطبيعي، كما أنه يقدم له أيضاً المفهومات والمقولات والأدوات المنهجية، كمفهوم القوة الاجتماعية أو القوى والسلطة والطبقة والفئة والتغير والاستقرار والصراع وغير ذلك من المقولات التي يستخدمها المؤرخ ذو البصيرة الاجتماعية في رصده للأحداث وتحليلها.

ومن ناحية أخرى فإن عالم الاجتماع ذا الحس التاريخي وذا الرؤية التاريخية أي الذي يفهم المجتمع بوصفه ظاهرة تاريخية، وهو المنطلق الصحيح لدراسة المجتمع ودراسة أي ظاهرة اجتماعية جزئية (على خلاف الاتجاهات الوضعية والوظيفية) يعتمد اعتماداً أساسياً على المادة التاريخية، وهي نتاج عمل المؤرخ ذاته، المرتبطة بالظاهرة الاجتماعية التي يدرسها، فطالما أن الظاهرة الاجتماعية قد تشكلت في سياق تاريخي، أو هي ظاهرة تاريخية أيضاً، فلا مفر من الرجوع إلى جذورها التاريخية حتى يمكن فهمها في سياقها الحقيقي أيضاً ويبرز ذلك الاعتماد بصورة ملموسة في أعمال الرواد العظام لعلم الاجتماع، فنظرية "ماركس" السسيولوجية في العلاقة بين الطبقات، والتغير الاجتماعي لم يكن من الممكن الوصول إليهما دون الرجوع إلى أعمال المؤرخين، ونظرية "ماكس

فيبر" عن العلاقة بين المذاهب الدينية والأخلاقية والنظام الرأسمالي، لم تكن ممكنة أيضاً بدون الاعتماد على التحليل التاريخي، إن التاريخ يستخدم هنا بوصفه المعمل الأساسي الذي يعتمد عليه الباحث الاجتماعي في اختبار قضاياه النظرية.

وتظل نفس القاعدة صادقة وصحيحة في معرض دراستنا لأي ظاهرة اجتماعية راهنة، إنها بوصفها ظاهرة تاريخية – أي تمت وتشكلت في سياق تاريخي، تستدعي وتتطلب الاعتماد على المادة التاريخية لتتبع جذورها حتى يمكن فهمها في وضعها الراهن، فالتركيب الاجتماعي للقرية المصرية أو المدينة أو غيرهما من المجتمعات المحلية لا يمكن فهمه إلا في سياقه التاريخي، وكذلك شخصية الفلاح المصري وعلاقته بالسلطة أو بالدولة. أو دراسة التنظيمات الاجتماعية والصناعية، أو حتى دراسة المشكلات الاجتماعية، كالعنف، والصراع، وتعاطي الحشيش، أو الإدمان حينما يتخذ طابعاً اجتماعياً وغير ذلك.

يتمثل الاعتماد المتبادل إذن بين التاريخ وعلم الاجتماع في ذلك الترابط الذي يميّز الفعل الإنساني، فهو فعل اجتماعي وفعل تاريخي في الوقت ذاته ولذلك لا يصبح غريباً أن يستمد التاريخ من علم الاجتماع المبادئ النظرية والمفهومات والتصورات ليستخدمها كأدوات للبحث التاريخي إلى الدرجة التي أصبح فيها المنهج الاجتماعي في دراسة التاريخ هو المنهج الأكثر احتراماً وعلمية من بين مناهج البحث التاريخي المختلفة، ومن ناحية أخرى أن يستمد علم الاجتماع من التاريخ المادة التي تعينه في فهم الأوضاع الاجتماعية الراهنة إلى الدرجة التي أصبح فيها المنهج التاريخي في علم الاجتماع هو أكثر المناهج احتراماً وعلمية. هناك إذن في علم التاريخ منهج اجتماعي وهناك منهج تاريخي في علم الاجتماع.

ومن خلال هذا التفاعل يمد التاريخ جسراً يربط بينه وبين علم الاجتماع وهو ذلك الفرع المعروف بالتاريخ الاجتماعي أي تاريخ القوى الاجتماعية والاقتصادية والسياسية (تاريخ الفلاحين والملكية والعمال والمثقفين والطبقات المختلفة والتنظيمات الاجتماعية

وغير ذلك) – ويمد علم الاجتماع من ناحية جسراً يعرف بعلم الاجتماع التاريخي، وهو يمثل الدراسة السبيولوجية التي تنطلق من دراسة التاريخ حقائقه ومنهجه.

من هذه الحقائق نستطيع أن نفهم لماذا تختلط الحدود في بعض الأحيان بين التاريخ وعلم الاجتماع إلى الدرجة التي قد يغزو أحدهما مجال العلم الآخر بشكل مباشر من ناحية، وإلى الدرجة التي قد لا نستطيع أن نميز فيها كتاباً أو عملاً عليها معيّناً، هل هو عمل في التاريخ أم في علم الاجتماع، فكتاب عالم الاجتماع الأمريكي الروسي الأصل "بتروم سوروكين" المعنون "الديناميات الاجتماعية والثقافية **Social and Cultural Dynamics** يغزو بوضوح مجال البحث التاريخي، كما أن عمل المؤرخ البريطاني الشهير "أرنولد توينبي" المعروف "دراسة التاريخ" **The Study of History** يغزو المجال الحقيقي لعلم الاجتماع. بالإضافة إلى الأعمال العديدة التي يصعب تصنيفها بدقة هل هي أعمال تاريخية أم أعمال سسيولوجية (كتاب فردريك انجلز "أصل الأسرة والملكية الخاصة والدولة" – ماركس "أشكال الإنتاج السابقة على أسلوب الإنتاج الرأسمالي" ماكس فيبر "الاقتصاد والمجتمع" وغيرها الكثير.

ويهمنا في ختام حديثنا عن العلاقة بين التاريخ والاجتماع أن نشير إلى الأهمية البارزة للرؤية التاريخية للظواهر الاجتماعية وهي الأهمية التي تتعاظم على نطاق البحث السسيولوجي الراهن سواء في الخارج أم بين الباحثين الاجتماعيين المصريين.

٤-   الانثروبولوجيا الاجتماعية

الترجمة الحرفية للاشتقاق الأوروبي **Anthropology** هي "علم الإنسان" لكن هذه الترجمة قد لا تميز المجال الخاص لهذا العلم باعتبار أن كل العلوم الاجتماعية والإنسانية هي "علوم الإنسان" ومن اصطلح على اصطلاح الأنثربولوجيا الاجتماعية تعريباً وليس ترجمة.

يعد هذا العلم فرعاً من فروع "الانثروبولوجيا" أو علم الإنسان بشكل عام، أما الفرع الآخر فهو أكثر ارتباطاً بالعلوم الطبيعية والبيولوجية، منه بالعلوم الاجتماعية والإنسانية، وأعني به الانثروبولوجيا الفيزيقية أو الجسمية، ويهتم هذا الفرع في المحل الأول بالتطور والتغاير البيولوجي والجسمي للإنسان وصولاً إلى الإنسان العاقل كما يهتم أيضاً بدراسة التغايرات المختلفة التي تسم المجموعات البشرية المختلفة، وهي تستند في ذلك إلى مجموعة من المصادر من أهمها علم آثار ما قبل التاريخ وما يكشف عنه من حفريات تنتمي إلى عصور مختلفة، والمقاييس الكيميائية الإشعاعية المختلفة التي نستطيع بواسطتها تقدير الزمن وتحديد العصر، والمخلفات الحضارية والآثار البشرية إلى المدى الذي تكشف فيه عن التطور الجسمي والذهني للإنسان.

أما الانثروبولوجيا الاجتماعية والحضارية فهي تركز أساساً على تطور الحضارة الإنسانية والنظم الاجتماعية، بأسلوب آخر تطور الإنسان ليس بوصفه كائناً بيولوجياً، بل بوصفه صانعاً للحضارة والمجتمع، والواقع أن الصلة بين الأنثروبولوجيا الطبيعية والحضارية صلة وثيقة وثوق العلاقة بين التطور العضوي والتطور الاجتماعي والحضاري للإنسان، وهي العلاقة التي اتخذت وتتخذ دائماً طابعاً ديالكتيكياً، لكن الأنثروبولوجيا الاجتماعية والحضارية تركز أساساً على الجانب الاجتماعي والحضاري للتطوّر الإنساني.

ومع أنه يمكن التمييز بين الأنثروبولوجيا الاجتماعية والأنثروبولوجيا الحضارية إلى المدى الذي يمكن التمييز فيه بين المجتمع والحضارة إلاّ أننا – لصعوبة التمييز – سوف نعالجهما معاً بوصفهما أنثروبولوجيا اجتماعية تنطوي في الوقت ذاته على الجانبين الاجتماعي والحضاري.

لقد نشأت الأنثروبولوجيا الاجتماعية إذن لكي تدرس النظم الاجتماعية والحضارية للإنسان وهي بذلك تعد أقرب الجيران من العلوم الاجتماعية والإنسانية لعلم الاجتماع، وتصبح مهمة التمييز بينها وبين علم الاجتماع مهمة شاقة وعسيرة، ولكن حتى نتحايل على إنجازها علينا أن نميز بين عدة مراحل من مراحل تطور الأنثروبولوجيا الاجتماعية ذاتها.

أولاً: المرحلة التطورية (البحث في أصول النظم الاجتماعية المعاصرة والتطورات التي طرأت عليها):

في إطار المناخ الذي سيطرت عليه أفكار التطور والتقدم في الفلسفات السياسية والأخلاقية، والنظرية البيولوجية في التطور الإنساني – وبصفة خاصة في القرن التاسع عشر، اتجه بعض المفكرين إلى البحث في أصول النظم الاجتماعية وتطوّرها، نظام الأسرة والقرابة، الدين، الملكية، الدولة وغير ذلك من النظم الاجتماعية، ولذلك تميزت الكتابات الأنثروبولوجية في تلك الفترة بالطابع التطوري حتى من قبل أن توضع تقاليد البحث الانثروبولوجي ذاته، ولذلك فإن هذه الكتابات في معظمها قد جاءت من مفكرين اجتماعيين بالمعنى الواسع الذي يتجاوز التخصص ومن أبرز النماذج كمثل هذه الدراسات كتاب عالم القانون الألماني "باخوفن" المشهور "بحق الأمومة" والذي حاول فيه أن يتقصى نظام الأسرة وأصلها وانتهى فيه إلى فكرة التطور من نظام القرابة والنسب الأموي إلى النظام الأبوي. أما المادة التي كان يستند إليها هؤلاء في دراستهم لتطور النظم الاجتماعية وأصولها فكانت مادة اثنوجرافية (مادة وصفية عن الشعوب المختلفة وبخاصة الشعوب المسماة بالبدائية) التي جمعها رحالة ومبشرون واستعماريون وغير هؤلاء من

الهواة وغير المتخصصين. وحينما كانت تعوزهم المادة التاريخية، كان البديل المتاح متمثلاً فيما عرف بالتاريخ الظني أو التخميني أو إعادة البناء التخيلي للتاريخ. ولذلك جاءت الدراسات التطورية هذه متضاربة في نتائجها في كثير من الأحيان نتيجة لدوري الظن والتخمين ففي الوقت الذي ينتهي فيه أحدهم إلى الشكل الأمومي والسلطة الأمومية كشكل أصلي ينتهي آخرون إلى الشكل الأموي والسلطة الأبوية. ولكن هذا لا ينفي الدور العلمي البالغ الأهمية الذي لعبته هذه الدراسات وبصفة خاصة حينما تمت الإفادة منها، ومن بياناتها بشكل علمي وفي ضوء منهج علمي (دراسة انجلز على سبيل المثال) "أصل الأسرة والدول والملكية الخاصة".

ثانياً: المرحلة البنائية الوظيفية (الدراسات الحقلية لمجتمعات بدائية موجودة).

لقد ارتبطت هذه المرحلة باتخاذ الاستعمار طابعه الناضج في أواخر القرن التاسع عشر، واتجاهه إلى السيطرة العسكرية والاقتصادية المباشرة والمكشوفة على مساحات شاسعة من العالم غير الأوروبي واستقرار النظام الرأسمالي وتبلوره ومن ثم إشاعة مبدأ الثبات والاستقرار والبناء بدلاً من مبدأ التغير والتقدم والتطور كنتيجة للمصالح الرأسمالية المستقرة التي كانت تصاب بالهلع من هذه الأفكار. وقد انعكس هذا التحول الاقتصادي الاجتماعي السياسي على اهتمامات الانثروبولوجيا الاجتماعية وهذه هي المرحلة التي شهدت ما يسمى بوضع تقاليد البحث الانثروبولوجي وسيطرة الاتجاه البنائي الوظيفي في الدراسات الأنثروبولوجية فيما بعد.

يذهب البعض إلى أن البحوث الأنثروبولوجية في هذه المرحلة بالذات قد تطورت في خدمة الاستعمار. وحتى تقدم مادة عن الشعوب والمناطق المستعمرة تمكن الإدارات الاستعمارية من التعامل مع هذه الشعوب من خلال فهم نظمها وعاداتها وتقاليدها. وبصرف النظر عن هذا التفسير السياسي لتطور الانثروبولوجيا الاجتماعية فلا يستطيع أحد أن ينكر أنها قد أضحت علماً له تقاليده، ولا يستطيع أحد أن ينكر أن العلم يمكن

أن يخدم الاستعمار، كما يمكن أن يخدم أيضاً الشعوب ذاتها وفقاً لكيفية استخدامه والإفادة منه والمنظور الذي يوجه دراساته وبحوثه.

لقد وضعت تقاليد الدراسة الميدانية في هذه المرحلة إذن وتطورت لكي يصبح المجال الخاص لدراسة الأنثروبولوجيا الاجتماعية هو ما يسمى بالمجتمع البدائي أو القبائل البدائية، دراسة المجتمع البدائي بوصفها كلاً متسانداً متكاملاً متميزاً بنظام معين وثقافة معينة، وبغض النظر عن الأهداف السياسية الخفية أو الظاهرة لهذه الدراسات، فإن مهمة الأنثروبولوجيا الاجتماعية "العلمية" قد تحددت على أساس أن دراسة المجتمع البدائي، البسيط في حضارته وتنظيمه الاجتماعي تساعد أساساً على فهم المجتمعات الحديثة المعقدة، أي أن المجتمع البدائي هنا هو عينة مبسطة يمكن من خلال دراستها أن نفهم بشكل أكثر وضوحاً وعمقاً المشكلات والظواهر والنظم الموجودة في المجتمعات "المتحضرة" المعقدة، أو بتعبير آخر أن المجتمعات البدائية تمثل طفولة البشرية بينما المجتمعات المتحضرة تمثل البشرية في نضجها، وليس من شك في أن فهم الطفولة كمرحلة يعين على فهم مرحلة النضج.

لقد تحدد إذن الموضوع النوعي للأنثروبولوجيا الاجتماعية وهو المجتمع البدائي الصغير البسيط المتميز والمنعزل والذي يمثل كلاً اجتماعياً وثقافياً، أما تقاليد البحث الأنثروبولوجي لهذا المجتمع فقد وضعت على أساس ضرورة أن يتعلم الباحث لغة المجتمع أو القبيلة التي يدرسها حتى يتمكن من المشاركة في حياتها الاجتماعية وملاحظتها وتسجيل المعلومات والبيانات عنها، وثانياً: أن يقضي عاماً على الأقل في هذا المجتمع حتى يلم ويعايش الدورة المتكاملة لاسيما الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، وثالثاً أن يستند أساساً إلى التحليل الكيفي للمعلومات التي يجمعها من خلال ما يعرف بالملاحظة والمشاركة أو المعايشة والمشاركة في النشاط الاجتماعي **Participant observation** والاعتماد على معلومات يقدمها الإخباريون **Informants** وهم السكان المحليين

الذين لديهم معرفة واسعة بمجتمعاتهم، كمشايخ ورؤساء القبائل أو كبار السن أو غير ذلك.

لقد كان التمييز بين علم الاجتماع والأنثروبولوجيا في هذه المرحلة يتم على أساس أن الأنثروبولوجيا تدرس أساساً المجتمع البدائي بينما يدرس علم الاجتماع المجتمع الحضاري الحديث، وأن الأنثروبولوجيا تستند أساساً في دراستها على أدوات للبحث متميزة كالمعايشة والملاحظة المشاركة والإخباريين، بينما يستند علم الاجتماع إلى المنهج التاريخي والمقارنات والأساليب الإحصائية أو الطرق الكمية في التحليل بشكل عام على خلاف الطرق الكيفية التي تستند إليها الأنثروبولوجيا الاجتماعية.

ثالثاً: مرحلة الثورة الاتصالية، وحركات التحرر الوطني، وانتهاء عصر الاستعمار القديم:

لقد لعب الاستعمار القديم ذاته دوراً أساسياً في انحلال الجماعات المسماة بالبدائية وانحلال حضاراتها من خلال التغلغل الاستعماري اجتماعياً واقتصادياً وحضارياً ومن ثم تفكك الأشكال الإنتاجية والاقتصادية والاجتماعية والحضارية المحلية تحت وطأة التغلغل الرأسمالي الاستعماري، وقد أثر في ذلك أيضاً ثورة الاتصالات وانهيار الحواجز بين مختلف أرجاء العالم، لقد أصبحت في ظل الرأسمالية والاستعمار ما يمكن تسميته بحضارة عالمية إلى المدى الذي تطورت فيه سوق رأسمالية عالمية، وذلك لأول مرة في التاريخ الإنساني.

ثم كان رد الفعل الوطني والقومي فيما يعرف بالثورات الوطنية أو حركات التحرر الوطني التي تمخضت عن التحرر من الاستعمار القديم وبناء الدول القومية في كافة أرجاء العالم، ودخول القبائل والعشائر والتجمعات التي كانت تدرس بوصفها مجتمعات بدائية في إطار هذه الدول القومية الموحدة، ومن ثم تطور ثقافات قومية كبديل للثقافات القبلية والعشائرية، وهذا التطور الذي يمكن أن نصفه بأنه انحلال ما يسمى بالمجتمع

البدائي أو انقراضه، وهذا يعني انحلال وانقراض الموضوع النوعي أو المجال الخاص للأنثروبولوجيا الاجتماعية.

رابعاً: ما بعد انحلال الجماعة البدائية:

كان على علماء الأنثروبولوجيا الاجتماعية الاختيار بين بديلين، إما أن يعلنوا آسفين انتهاء عصر الأنثروبولوجيا، أو يطوّروا من الأنثروبولوجيا الاجتماعية لكي تصبح ملائمة للتحولات الاجتماعية التي طرأت على موضوع دراستها ولقد اختاروا البديل الثاني، ويرجع الفضل إلى الأنثروبولوجي الأمريكي "روبرت ردفيلد" من مدرسة شيكاجو في إنجاز هذه المهمة، ففي مؤلفه الهام "المجتمع الصغير" The little Community يفتح آفاقاً جديدة أمام الأنثروبولوجيا الاجتماعية، على أساس أن يصبح مجال الأنثروبولوجيا هو المجتمع الصغير بشكل عام ومجتمع القرية التقليدية في أمريكا اللاتينية وآسيا وأفريقيا بشكل خاص مع تعديل بعض التصورات والأفكار النظرية والمنهجية والحفاظ على تقاليد البحث الأنثروبولوجي الكيفي القائم على أساس الملاحظة والمشاركة والإخباريين. وقدّم هو نموذجاً لهذا التصور في سلسلة من الدراسات الحقلية عن مجموعة من القرى التقليدية الهندية بشكل خاص في المكسيك، ومن الجدير بالذكر أن اتجاه "ردفيلد" قد أضحى مؤثراً على النطاق العالمي، وأثار كثيراً من الدراسات على نطاق ما يعرف بالعالم الثالث كله (دراسات جون امبري في القرية اليابانية – دراسات ديوب في القوى الهندية – عاطف غيث في القرية المصرية على سبيل المثال لا الحصر).

لقد فتح ردفيلد بهذا التحول آفاقاً جديدة أمام الأنثروبولوجيا بأن وضعها أمام مهام جديدة، لكن تطور الأنثروبولوجيا لم يقف عند حد دراسة هذه الأشكال الجديدة من المجتمعات التقليدية البسيطة، بل لقد أصبحت تنافس علم الاجتماع في دراسة التنظيمات الاجتماعية الأكثر تعقيداً كالمدينة، والتنظيمات التجارية والصناعية والسياسية وغير ذلك

من أشكال التنظيمات الاجتماعية المعقدة، مسلحة بالتصورات النظرية للبنائية الوظيفية ومحافظة على تقاليد البحث الأنثروبولوجي الكيفية.

وهنا تلتقي – تماماً – الأنثروبولوجيا الاجتماعية مع علم الاجتماع حول دراسة ذات الموضوعات، ومع التحول الذي طرأ على علم الاجتماع وجعله يدرك أيضاً ضرورة الاتجاهات الكيفية في البحث وأهميتها نلاحظ أن الفروق بينها أصبحت آخذة في الأفول إلى الدرجة التي يذهب فيها قطاع كبير من المشتغلين لها إلى الأنثروبولوجيا لم تعد أكثر من اتجاه منهجي في علم الاجتماع شأنها شأن الاتجاه التاريخي أو الاتجاه الإحصائي.

وقبل أن نختتم حديثنا عن هذا الموضوع يجدر بنا أن نشير إلى فرع نامٍ ومتعاظم الأهمية من فروع الدراسات الأنثروبولوجية الاجتماعية يعرف الآن بالأنثروبولوجيا الاقتصادية، وهو فرع يهتم أساساً بدور الإمبريالية في تحطيم أشكال الإنتاج التقليدية قبل الرأسمالية في العالم الثالث من خلال تكامل مجتمعات العالم الثالث مع السوق الرأسمالية العالمية، ويثير هذا الاتجاه الذي ينطلق من التراث النظري حول أشكال الإنتاج السابقة للرأسمالية، وأفكار أسلوب الإنتاج والتكوين الاجتماعي، يثير دراسات على نطاق العالم الثالث كله، لا تسهم فقط في فهم الأشكال الاجتماعية التقليدية للإنتاج بل هي تتجاوز ذلك إلى محاولة صياغة نظرية في التطور أو النمو الاجتماعي والتخلف الاجتماعي في ما يسمى بالعالم الثالث (الدراسات الفرنسية عن غرب أفريقيا – دراسات سمير أمين عن أفريقيا شمال وجنوب الصحراء – دراسات مدرسة مدرسة بيليفلد في أمريكا اللاتينية وآسيا وأفريقيا – دراسة جورج شنادت عن القرية المصرية – دراسة محمود عوده عن الفلاحين والدولة: دراسة في أساليب الإنتاج والتكوين الاجتماعي للقرية المصرية).

خامساً: العلوم الاجتماعية المحدودة: (الاقتصاد – السياسة – القانون وغير ذلك)

نقصد بالعلوم الاجتماعية المحدودة هنا تلك العلوم التي تعالج جانباً محدداً من جوانب الحياة الاجتماعية كالجانب الاقتصادي أو السياسي أو القانوني أو الديني أو غير ذلك، والواقع أن هذا التعريف المبسط والمبدئي لهذه العلوم يكشف عن الصعوبة البالغة التي تكتنف

التمييز الدقيق بينها وبين علم الاجتماع. ذلك لأن كل منها يهتم بما نسميه نحن كعلماء اجتماع، ظاهرة اجتماعية، فالاقتصاد في تصورنا هو ظاهرة اجتماعية، وكذلك السياسة والقوانين والدين وغير ذلك، نحن نعني بظاهرة اجتماعية أو ظواهر اجتماعية هنا، أنها ظواهر موجودة في المجتمع ولا يمكن أن نتصور أنها قد توجد في فراغ، أو أن حياة اجتماعية يمكن أن توجد بدون تنظيم معين للإنتاج والتوزيع أو ترتيب معين للقوة والنفوذ أو شكل معين من أشكال المعتقدات الأخلاقية، على الأقل في المجتمع المعاصر.

يذهب البعض إلى أن العلوم الاجتماعية المحدودة تتسم بالنظرة التجزيئية للحياة الاجتماعية بمعنى أن علم الاقتصاد مثلاً يدرس الظاهرة الاقتصادية بوصفها ظاهرة اقتصادية تنطوي على أبعاد الإنتاج والتوزيع والتداول، وأن علم السياسة يدرس الظاهرة السياسية بما تنطوي عليه من شكل معين من أشكال توزيع القوة وممارستها وأجهزتها، وأن القانون يهتم أساساً بالقواعد القوانينية ومنطق اشتقاقها وصياغتها وتطبيقها في مواقف معينة وغير ذلك. ويذهب هذا البعض إلى أن المتخصصين في هذه العلوم يدرسون هذه الظواهر، كل وفق مجال اختصاصه كما لو كانت جزراً منعزلة مستقلة بمعنى أن عالم الاقتصاد حين يدرس الظاهرة الاقتصادية فإنه لا يضع في الاعتبار الأبعاد الاجتماعية والسياسية والأخلاقية لهذه الظاهرة، وينطبق ذلك على عالم السياسة وعالم القانون وغيرهما.

وانطلاقاً من هذا التصور لما تقوم به العلوم الاجتماعية المحددة في دراستها لموضوعاتها يوجه إليها انتقاد أساسي مؤداه أن التصور المتجزء للحياة الاجتماعية هو تصور لا ينهض على أساس واقعي، فالظاهرة الاقتصادية لا توجد في فراغ وكذلك الظاهرة السياسية والدينية، والقانونية والأخلاقية، بل كل منها يوجد في مجتمع يتأثر به ويؤثر فيه، وتتبادل مختلف هذه الظواهر التأثير والتأثر فيما بينها، فالاقتصاد يتفاعل مع السياسة والقانون والأخلاق الدينية وغير ذلك مما يعطى في نهاية الأمر طابعاً معيناً للحياة الاجتماعية بشكل عام، ليس ثمة وجود لظاهرة اقتصادية منعزلة في الحياة

الاجتماعية أو ظاهرة سياسية في حد ذاتها وإنما توجد الظاهرة الاقتصادية والظاهرة السياسية والظاهرة القانونية والأخلاقية مضافاً إليها علاقتها بالظواهر الأخرى والحياة الاجتماعية ككل أي أنه في مجتمع ما يوجد الاقتصاد أوالسياسة أوالقانون أوالأخلاقيات الدينية أوالألف هنا يشير إلى العلاقات المتبادلة بين هذه الظاهرة وغيرها من الظواهر الاجتماعية الأخرى ، وينطلق هؤلاء النقاد من هذا التحليل لكي يميّزوا بين علم الاجتماع وهذه العلوم الاجتماعية المحدودة على أساس أنه إذا كانت العلوم الاجتماعية هذه تدرس، في نطاق اختصاصها، الظاهرة فقط أي الاقتصاد أو السياسة أو القانون فإن علم الاجتماع يدرس أساساً هذه الألف الزائدة المضافة إلى كل ظاهرة والتي تعني العلاقة وأشكال التفاعل بين هذه الظواهر فعلم الاجتماع لا يهتم إذن بالظاهرة الاقتصادية في حد ذاتها بل هو يهتم بها بوصفها ظاهرة اجتماعية توجد في المجتمع، وتربطها بغيرها من الظواهر الموجودة في هذا المجتمع أشكال من التفاعل والعلاقات المتبادلة، ومن ثم فإن علم الاجتماع يسعى إلى تجاوز تقسيم الواقع الاجتماعي إلى جزر مستقلة منعزلة وهو التقسيم الذي تصطنعه العلوم الاجتماعية المحدودة، وإذا كان هذا التقسيم المفتعل قد فرضته ظروف التخصص الأكاديمي وتراكم نتائج ودراسات الظواهر الاجتماعية المحدودة، أو فرضته ظروف أخرى سياسية وايديولوجية وفقاً لما يذهب إليه البعض، فإن المهمة الأساسية لعلم الاجتماع تصبح متمثلة في إعادة الربط والتأليف بين ظواهر الحياة الاجتماعية المختلفة. إن عالم الاجتماع هنا يثير نوعاً من التساؤلات لا يقدر عليها أي من المتخصصين في العلوم الاجتماعية المحدودة، مثلاً ما طبيعة العلاقة بين الاقتصاد والسياسة أو بين النظم الاقتصادية والمذاهب السياسية، ما طبيعة العلاقة بين الظروف الاقتصادية والأفكار الأخلاقية والدينية؟ مثل هذه الأسئلة هي أسئلة نوعية خاصة بعلم الاجتماع إذ أنها أسئلة تتجاوز تقسيم الواقع الاجتماعي إلى ظواهر جزئية منعزلة، وتعيد التأليف بين الجوانب التي تم فصلها فصلاً تعسفياً، ولذلك فإنه منذ استقرار التخصص بين العلوم الاجتماعية فإن علماء الاجتماع هم الذين يثيرون مثل هذه التساؤلات وهم

الذين يقدمون إجابات عنها من خلال بحوثهم. لقد طرح "ماكس فيبر" عالم الاجتماع الألماني سؤالاً سبقه إلى إثارته بشكل ضمن عالم اجتماعي آخر هو "كارل ماركس" ما طبيعة العلاقة بين المذهب البروتستنتي كنسق أخلاقي وقيمي وبين نشأة الرأسمالية الحديثة كنظام اقتصادي اجتماعي؟ ويصرف النظر عن الإجابة التي قدمها كل منهما وتناقضها أو اتساقها، فقد كانت إجابة سسيولوجية في المحل الأول تستند إلى معرفة وثيقة بأنماط التفاعل بين الظواهر النوعية التي توجد في الحياة الاجتماعية. لقد انتهى "ماكس فيبر" مثلاً إلى أن المذهب البروتستنتي كان شرطاً ضرورياً لظهور النظام الرأسمالي الحديث لما ينطوي عليه هذا المذهب من قيم الرشد والعقلانية وهي ذات القيم التي تنطوي عليها الرأسمالية الحديثة. بينما كانت الإجابة العامة التي قدمها "ماركس" متمثلة بشكل عام في أن البُنية الأساسية التي تضم قوى الإنتاج وعلاقاته (أي الاقتصاد بمعنى الواسع) هي التي تحدد في التحليل الأخير البُنية الفوقية أو الايديولوجيا بما تنطوي عليه من إنساق فكرية ودينية وأخلاقية، وانطلاقاً من هذا الاتجاه العام يمكن فهم المذهب البروتستنتي في نشأته وتطوّره كمظهر من مظاهر التطور الاقتصادي الرأسمالي، أي بوصفه نتيجة لا سبباً.

وبغض النظر عن الرؤى المختلفة والفهم المختلف للعلاقة بين الظواهر الاجتماعية، فليس هناك من ينكر وجود هذه العلاقة، إن هذه العلاقة هي موضوع علم الاجتماع الذي يميّزه عن العلوم الاجتماعية المحدودة إنه إحياء لدور العلم الاجتماعي الموحد في القرن التاسع عشر وإحياء للنظرة الموسوعية، ولكن هل يفرض هذا الموضوع على المتخصصين في علم الاجتماع أن يكونوا محيطين بتفاصيل العلوم الاجتماعية المحدودة؟، ليس ذلك مطلوباً على وجه الدقة بل المطلوب أن يعيد علماء الاجتماع من النتائج التي تصل إليها العلوم الاجتماعية المحدودة إلى المدى الذي يستطيعون فيه ان يدرسوا أشكال التفاعل بين الظواهر الاجتماعية المختلفة، وهنا يصبح دور العلوم الاجتماعية المحدودة في بحوث علم الاجتماع دوراً بالغ الأهمية شأنها شأن "التاريخ" فكما أن علم الاجتماع

يعتمد على المادة التاريخية التي يجمعها المؤرخون فإنه يعتمد كذلك على المادة وعلى النتائج التي يصل إليها المتخصصون في العلوم الاجتماعية المحدودة بالقدر الذي يفيد في فهم موضوعه وصياغة قوانينه ونظرياته.

ومع أن محاولة التميز هذه تقترب خطوات من حقيقة العلاقة بين علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية المحدودة، إلا أنها تبسط هذه العلاقة تبسيطاً شديداً وقد تُثير كثيراً من الجدل والخلاف حول دور علم الاجتماع من ناحية ودور العلوم الاجتماعية المحدودة من ناحية أخرى.

إن أشكال التفاعل والتعاون المتبادل بين علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية المحدودة تتجاوز هذا التبسيط، فقد نشأ علم الاجتماع بوصفه علماً مستقلاً في إطار كثير من مقولات الفلسفة السياسية والاقتصاد السياسي الكلاسيكي وما تزال المقولات الاقتصادية تلعب دوراً بارزاً في اتجاه البحث والصياغات النظرية في علم الاجتماع كأسلوب الإنتاج والتكوين الاجتماعي والاقتصادي وغير ذلك، ومن ناحية فإن الرؤية السسيولوجية للاقتصاد قد أسهمت إسهاماً بالغاً في تطور علم الاقتصاد ذاته، ونوعية المشاكل التي يهتم بها، كذلك أسهمت البحوث والدراسات والنظريات السسيولوجية في تطوير العلم السياسي وفي فتح آفاق جديدة أمام دراسته، فمفهومات مثل الصفوة والسلوك السياسي والمشاركة السياسية وأبعادها الاجتماعية ودراسات الأحزاب السياسية من منظور سسيولوجي والحركات الاجتماعية والتغير السياسي، كل ذلك قد تطور وتبلور من خلال الدراسات السسيولوجية وأدى إلى طفرة وتطور جذري في العلم السياسي المعاصر، هذا بالإضافة إلى الإسهامات السسيولوجية البالغة الأهمية في دراسة الظواهر الدينية والقانونية من منظور سسيولوجي.

إن تفاعلاً وثيقاً، واعتماداً متبادلاً، لا يمكن إنكارهما بين علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية المحدودة، يؤديان بالضرورة إلى الإفادة المتبادلة والتخصيب المتبادل، حتى أن علم الاجتماع من ناحيته أصبح يمد جسوراً لاستمرار التعاون والتبادل، تربط بينه وبين

هذه العلوم الاجتماعية المحدودة، فهناك علـم الاجتمـاع الاقتـصادي لدراسـة الظـاهرة الاقتصادية من منظور سسيولوجي، وهناك علم الاجتماع الـسياسي لدراسـة الظـاهرة السياسية من منظور علم الاجتماع وعلم الاجتماع القانوني وعلم الاجتماع الديني وغير ذلك من الفروع التي تفاضلت عن علم الاجتماع لكي ترى بمنظار هذه الظواهر وتعيد وضعها في سياقها الاجتماعي الطبيعي الذي يستحيل فهمها بدونه ومن ثم يتعاظم الدور الذي يؤديه علم الاجتمـاع والدراسـات الـسيولوجية للظـواهر الجزئيـة الاقتـصادية والسياسية والقانونية والدينية، بالنسبة للعلوم الاجتماعية المحدودة التي تعكس تطوراتها المعاصرة مدى إفادتها من إنجازات علم الاجتماع.

٣- مناقشة ختامية:

حاولنا أن نميّز بين علم الاجتماع وغيره من العلوم الاجتماعية، وفي الوقت ذاته حاولنا أن نعيّن أنماط العلاقات والتفاعلات والاعتماد المتبادل بينها، واكتشفنا خلال نقاشنا هذا أن التفاعل وثيق وأن التداخل في معظم الأحيان ظاهرة غالبة، ومن ثم اكتشفنا وبشكل ضمني صعوبة الوصول إلى تعريف مميز جامع مانع لعلم الاجتماع وهنا يثار تساؤلاً بالغ الأهمية، كيف نفسر صعوبة التمييز هذه وكيف نفسر على نفس المستوى أيضاً أشكال التداخل والتفاعل بين العلوم الاجتماعية؟

الواقع أنه يمكن استشفاف الإجابة ولو بشكل جزئي وضمني من سياق المناقشة، إن السبب الرئيسي للتداخل والتشابك يتمثل أساساً في وحدة موضوع البحث، المجتمع الإنساني، أو التفاعل الإنساني أو الظاهرة الإنسانية، فالمجتمع الإنساني ظاهرة تاريخية، والظاهرة الإنسانية والسلوك الإنساني مشحون بالقيم، ومحدد بمتغيرات سيكولوجية واقتصادية وسياسية وقيمية وغيرها، ومن ثم فإن محاولة الفصل بين أبعاد السلوك الإنساني المختلفة هي محاولة بالغة الصعوبة، لأن هذه الأبعاد التي تنهض عليها الحياة الاجتماعية أبعاد متفاعلة ومتشابكة وإن كانت متفاضلة ومتباينة، وأنه ربما كانت ضرورات التخصص الأكاديمي هي التي فرضت تعدد المنظورات التي ترى الحياة الاجتماعية من خلالها، هذه الضرورات المتمثلة في تراكم العلم والبحث بشكل يجعل من المستحيل على شخص واحد أن يلُم به جميعاً، وذلك بغض النظر عما يذهب إليه البعض من أن التخصص لم تفرضه أي ظروف علمية أكاديمية وإنما فرضته ظروف سياسية واقتصادية وأيديولوجية فقد ارتبط التخصص في العلوم الاجتماعية في تصور هذا البعض بنضج النظام الرأسمالي واستقراره، ومحاولته التغطية على المبدأ الأساسي الذي يقوم عليه، وهو مبدأ الاستغلال، وهو المبدأ الذي نجح العلم الاجتماعي الموحد في كشفه وفضحه، ومن ثم كانت ضرورة تقسيم هذا العلم الاجتماعي الموحد إلى تخصصات

جزئية اقتصاد واجتماع وسياسة وغير ذلك حتى يمكن من خلال هذه التخصصات الجزئية تجزئ الواقع الاجتماعي، ومن ثم تجهيله من منطلق أن كل تخصص جزئي لن يستطيع أن يصل بمفرده إلى الحقيقة، وستظل الحقائق حقائق جزئية وسيظل الواقع – في إطار هذه التخصصات المصطنعة واقعاً غامضاً مجهولاً، من وجهة النظر هذه إذن التخصص لا يخدم الحقيقة الاجتماعية بل هو موجه ضد الحقيقة هذه، إنه لن يؤدي إلى مزيد من التقدم العلمي والأكاديمي في فهم الواقع الاجتماعي، بل إلى العكس التقدم في الجهل بالواقع الاجتماعي بوصفه كلاً شاملاً متفاضلاً.

ومن الجدير بالذكر أن الاتجاهات الراديكالية في العلم الاجتماعي تسعى إلى تجاوز التقسيم المفتعل للواقع الاجتماعي من خلال تبني رؤية شاملة لعلم الاجتماع المعاصر، رؤية تجعله يلعب نفس الدور الذي كان يلعبه العلم الاجتماعي الموسوعي الموحد. ومن شأن هذه الرؤية أن تعيد التأليف بين الحقائق الجزئية عن الواقع الاجتماعي وان تعيد بناء هذا الواقع في سياقه الطبيعي حتى يصبح مفهوماً. كما أن من شأن هذه الرؤية أيضاً أن تعيد التوحيد بين العلوم الاجتماعية على الأقل – عند مستوى صياغة النظريات والتصورات – مرة أخرى.

هوامش ومراجع

1. Zanden, J.W., Sociology, John Wily, N.Y, 1979 4^{th} ed. Pp. 8- 12.
2. Mcgee, R. et. Al., Sociodogy: An Introduction, Dryden Press, Admission of Holl, Reinehart and W. Hinsdale, Illinois, 1977.
3. Duberaman, Lucile and Clayton A. Harjen, Sociology, Focuson Socity, Scott, Foresman and company, Glenvieus Illinois, 1979 p.2.
4. Philips, Bernard, Sociology, from Concepts to Practice Mcgraw – Hill, N. Y. 1979 P.p 4-5.
5. Zanden, J.W. Op. cit PP. 12- 13.

٦. أنظر في هذا الصدد، محمود عودة، علم الاجتماع بين الرومانسية والراديكالية، مكتبة سعيد رأفت، القاهرة، ١٩٧٦.

٧. راجع، على سبيل المثال، نقول تيماشيف، نظرية علم الاجتماع. طبيعتها وتطورها، ترجمة محمود عودة وزملاؤه، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨١.

٨. راجع على سبيل المثال، محمود عودة، الفلاحون والدولة: دراسة في أساليب الإنتاج والتكوين الاجتماعي في القرية المصرية، دار نشر الثقافة، القاهرة، ١٩٧٩.

وكذلك، محمود عودة، القرية المصرية بين التاريخ وعلم الاجتماع، مكتبة سعيد رأفت، القاهرة، ١٩٧٢.

وراجع أيضاً، السيد الحسيني، المدينة: دراسة في علم الاجتماع الحضري، ١٩٨١.

٩. راجع، محمد عاطف غيث، القرية المتغيرة: القيطون محافظة الدقهلية، دار المعارف، القاهرة، ١٩٦٢.

١٠. راجع، محمود عودة، الفلاحون والدولة، مصدر سابق وكذلك.

Georg Stauth, Agricultural Production and Social Reproduction, The case of Egypt, Bielefeld Univ. 1981, Unprin.

Auda, Mahmuod and G. Stauth, "Social Policy in Rural Areas, The Case of Egypt" Malta Univ. Press, 1977.

(ed.) Relations of Production:

A Marxist Approach to Economic Anthropology.

١١. راجع نموذجاً للتفاعل الوثيق بين علم الاجتماع والعلوم الاجتماعية المحدودة في دراسة أنور عبد الملك.

Abdel- Malek, A., "Sociology and Economic History" in Cook, A. M. ced). Studies in the Economic History of the middle East From the Rise of Islam to the Present Day Oxford Uni.p. 1977 pp. 268- 281.





الوحدة الثانية

علم الاجتماع الطبي

- مقدمة.
- ماهية علم الاجتماع الطبي.
- مراحل تطوّر علم الاجتماع الطبي.
- نشأة علم الاجتماع الطبي.
- تعريف علم الاجتماع الطبي.
- بعض مفاهيم من علم الاجتماع الطبي.
- أقسام علم الاجتماع الطبي.
- مجالات علم الاجتماع الطبي.
- بعض الموضوعات ذات الصلة في علم الاجتماع الطبي.



علم الاجتماع الطبي

مقدمة:

من المعروف لدى الجنس البشري أن هناك علاقة وثيقة بين العوامل والظروف الاجتماعية وبين صحة الإنسان وتطور المرض عنده، فكثير من الأفراد يرون الأمراض من منظور مجتمعهم وثقافتهم الخاصة، حيث أن قيم الفرد ومعاييره ومعتقداته ونموذج حياته إنما يؤثر على حالته الصحية وبالتالي على نوعية مرضه وأسبابه، فالعلاقة الوثيقة بين العوامل الاجتماعية ومستوى الصحة التي تتسم بها أي جماعة من الجماعات تجعلنا نقرر بين العوامل الاجتماعية ومستوى الصحة التي تتسم بها أي جماعة من الجماعات تجعلنا نقرر أن علم الاجتماع الطبي يعتبر فرعاً هاماً من فروع علم الاجتماع العام، فإذا كان علم الاجتماع يهتم بالعمليات والتنظيمات الاجتماعية وبسلوك الفرد والجماعة، فإن علم الاجتماع الطبي يهتم بالحقائق الخاصة والمرض وبالوظائف الاجتماعية للتنظيمات والمنظمات الصحية، وبعلاقة أنساق توزيع العناية الصحية بغيرها من الأنساق الاجتماعية الأخرى، كما أنه يعتني أيضاً بدراسة السلوك الاجتماعي للطبيب والممرضة لمعرفة العلاقة بينهما وأثرها على تطوير العناية الطبية.

إذن فعلم الاجتماع الطبي الذي هو فرع من فروع علم الاجتماع العام يمثل حلقة الوصل بين العلمين (الاجتماع والطب) ويقوم على محاولة تطبيق النظريات والمناهج السوسيولوجية على ميدان الطب كنظام اجتماعي، كما يتضمن هذا الفرع دراسة تصورات الناس عن الصحة والمرض، بمعنى آخر يتناول علم الاجتماع الطبي الميدان الصحي بوصفه نظاماً اجتماعياً ثقافياً، أي بوصفه مجموعة المؤسسات النظامية التي تستهدف إشباع احتياجات الناس إلى المحافظة على الصحة ومقاومة المرض.

ترجع أهمية علم الاجتماع الطبي إلى أن التغيرات التي تحدث في نوعية المرض وفي معرفة الطبيب لبعض الأسباب التي تجعل المريض يبحث عن مساعدة والتقدم الذي يحدث في تحليل البحث الطبي وفي أسباب ونتائج المرض، كل هذه المسائل لا يستطيع الطبيب فهمها عن طريق علاج المرض العضوي فقط، ولكنها تحتاج إلى معرفة المبادئ التي تحكم العلاقات الشخصية كفهمه تماماً للعوامل التي تؤثر في السلوك في المواقف الاجتماعية المختلفة.

هذا ويعرف ميكانيك علم الاجتماع الطبي بأنه "مجموعة الجهود التي تهدف إلى تطوير الأفكار السوسيولوجية داخل سياق الأنساق الطبية وإلى دراسة القضايا التطبيقية الهامة فيما يتصل بعمليات الصحة والمرض" وهذا يعني أن علم الاجتماع الطبي يدرس القضايا الخاصة بالصحة والمرض في ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية في المجتمع، حيث يمثل دراسة سوسيولوجية لهذه القضايا.

ماهية علم الاجتماع الطبي:

إن رسالة الطب في الحياة لا يجوز أن تقف عند حد دراسة الطب وتعلمه، ومزاولة المهنة، ومكافحة الأمراض، بل على الطبيب والممرضة واجبات نحو البيئة والوسط الاجتماعي الذي يعمل ويعيش فيه، ومنذ بداية القرن العشرين ظهر من جانب الطب اعتراف مباشر بتأثير العوامل الاجتماعية في المرض والصحة. وفي الحقيقة لقد أدرك الأطباء طوال تاريخ عملهم إنه يوجد ارتباط وثيق بين المرض والبيئة الاجتماعية. وأخذ هذا الإدراك ينعكس على النظرية والتطبيق.

ومما لا شك فيه أن ممارسة الطب في الثقافات المختلفة تشير إلى أهمية إدراك الطبيب لدور العوامل الاجتماعية والثقافية في ظهور الأمراض، وأهمية العلاقة الاجتماعية في علاجها، كما يتجلى دور المجتمع المحلي في تقديم المساعدة والراحة للمريض.

وتتطلب معالجة المرض أكثر من مجرد تطبيق المعرفة الطبية من خلال الوسائل الطبية، فالنظم المسؤولة عن الرعاية الطبية تدعمها مجموعة تنظيمات أخرى كثيرة مثل الهيئات الصحية الطوعية، وأقسام الصحة العامة وشركات الأدوية ومؤسسات التأمين الصحي وغيرها من النظم الطبية التي تظهر لتمد الأطباء بكل ما هو ضروري للعلاج الناجح.

وترتبط كل هذه النظم الطبية وتتأثر بدرجة ما بنظم اجتماعية أخرى، فإن الهيئات الحكومية تمنح الأطباء والمستشفيات تصريحات العمل وتنظم المؤسسات الدوائية وغيرها من المنظمات، وتعمل على توفير إمكانيات الرعاية الطبية للسكان. كما تأخذ النظم التربوية مسؤولية اختيار وتدريب العاملين في المهن الصحية. وتشرف التنظيمات الدينية على بعض المستشفيات وغيرها من المراكز الصحة وتوجهها.

إن دراسة كيفية تأثير المرض في الجماعات الإنسانية، وطرق تأثير الجماعات الإنسانية في المرض أظهرت مجالاً جديداً من مجالات علم الاجتماع هو علم الاجتماع الطبي وعليه نودي في عالمنا المعاصر بأن تكون العلوم الطبية التي يتلقاها طالب الطب مرتبطة بنوع من الأمراض والمشاكل الصحية التي سيواجهها حتى لا تكون دراسته دراسة أكاديمية محضة مبنية على نماذج منقولة في كثير من جوانبها من الجامعات الأجنبية.

كذلك لم يعد من المستساغ الآن أن يكون التركيز على الجوانب الفنية في التعليم وألا ترتب على ذلك تخريج أطباء وممرضات دون مهارة وكفاءة فنية، ولكنهم متناقضون مع المجتمع الذي يعيشون فيه، أو على أقل تقدير غير متفاعلين معه، مما يسبب لهم متاعب نفسية في كثير من الأحيان، ويحول دون شعورهم بالمرضى، كما يؤدي إلى عجزهم عن القيام بالدور المهم الذي لابد أن يلعبه المثقفون والمهنيون.

وعليه شملت برامج وخطط التدريس في كليات الطب ومعاهد ومدارس التمريض مبادئ الاقتصاد وعلم النفس وعلم الاجتماع، والمشاكل الاجتماعية التي تتعلق بعمل الطبيب والممرضة، وتاريخ الطب والتمريض، فمثلاً دراسة علم النفس تساعد الطبيب

والممرضة على فهم شخصية المريض فهماً دقيقاً وإدراك أسباب انفعالاته أو غـضبه أو سلوكه.

ويفيد علم الاجتماع الطبيب والممرضة بأن يجعلهما يدركان أن هناك نماذج عديدة لسلوك الجماعات، وأن كل جماعة لها عاداتها وأعرافها وطرق سلوكها. فالممرضة التي لا تلم بالاختلافات بين العقائد الدينية، يمكن أن تقدم وجبة غذائية تحرمها ديانة المـريض ويمتنع المريض عن تناولها. وإذا ما افتقد الطبيب والممرضة إلى معلومات عن السلالات البشرية والقومية، فإنهما قد يخطئان في تعليم الأم كيفية العناية بطفلها، لأنهما يجهـلان عادات المجتمع الذي تربت فيه الأم.

ومن ناحية أخرى، تعد دراسة مصادر المجتمع المحلـي، وظـروف الحيـاة والتـشريع الاجتماعي، ومعدلات الوفيات والمصابين بالأمراض جوهرية بالنسبة للمشتغلين بمهنة الطب، حيث أنها تساعد على تحسين صحة أفراد المجتمع المحلي الذي يعمل فيه الطبيب والممرضة.

وكذلك وجد وجوب أن يدرس لطالب الطب مشاكل المجتمع المعاصـر، ومعـارك بلده القومية، وتطور بلده في النواحي الاقتـصادية والاجتماعيـة والـسياسية والثقافيـة والخصائص التي يتميز بها هذا التطور في بلد ما، كما يجب الاهتمام بدراسة البيئة الريفية ومشاكلها نظراً لأن أغلبية سكان البلدان النامية مازالوا يعيشون في الريـف، وفي نفـس الوقت من المهم أن يلم الطبيب والممرضة ببعض المعلومـات الأساسـية عـن الـصناعة والمناطق الصناعية التي أصبحت تحتل مكانة متزايدة الأهمية في حياتنا والتي أخذت ترتبط بها بعض الأمراض المهنية، كما على الطبيب والممرضة أن يلما ببعض القضايا الخاصة التي لها صلة بالطب، مثل المشاكل السكانية، وطريقة تنظـيم الأسـرة، وتحديـد النـسل، والمسائل المتعقلة بالتخطيط الصحي، وبعض الأعمال الإدارية التي قد يواجهها.

ولا يجوز أن ينسى الجانب الإنساني في الطبيب والممرضة، مما يحتم الاهتمام بالعلوم الإنسانية مثل التاريخ والآداب والفلسفة لأنها تساعد على الوصول إلى الحوار مع الناس وإدراك المسائل التي تؤثر في نفسيتهم وبالتالي على حالتهم الجسمانية.

وقد شهد الربع الأخير من القرن التاسع عشر مولد علم الاجتماع الطبي أو بعبارة أخرى نشأ ما يمكن أن نطلق عليه اصطلاح "الطب المستند إلى العلوم الاجتماعية" وهو ميدان خاص من ميادين علم الاجتماع العام يهتم بدراسة التأثير المتبادل بين المجتمع من جهة والطب والتمريض من جهة أخرى، ويبحث في الأسباب والنتائج الاجتماعية للمرض في المجتمع المحلي، ويستخدم المواضع الطبية والصحة في دراسة ظواهر سسيولوجية مثل البناء التنظيمي وعلاقات الدور وقيم الأشخاص العاملين في الميدان الطبي، أو بعبارة أخرى دراسة ميدان الطب كنسق للسلوك.

ويعني علم الاجتماع الطبي بدراسة العوامل الاجتماعية كالعادات والتقاليد والمعتقدات التي تؤدي إلى الأمراض، ويهتم بطائفة من الأمراض التي يتعرض لها الفرد إذا عاش في مناخ اجتماعي معين مثل الأمراض المهنية. كما يعني بالأمراض الاجتماعية التي تسبب مشكلات ذات طبيعة اجتماعية كإدمان المخدرات والخمر ومظاهر النشاط الجنسي المبكر والشذوذ الجنسي... الخ. كما أن هناك مجموعة من الأمراض تنشأ وتعالج بوسائل اجتماعية بالإضافة إلى العلاج الطبي مثل مرض التدرن الرئوي والأمراض التناسلية والأمراض النفسية والعقلية وكذلك أمراض سوء التغذية، وعلم الاجتماع الطبي على صلة دائمة بدراسة المجتمعات التعاونية الصحية التي يكونها المستهلكون ويديرونها بأنفسهم ويلحقوا بعض الأطباء في خدمة أعضائها كما أنه على صلة بما يعرف بالطب الحضري والطب الريفي.

ويقوم علم الاجتماع الطبي على بعض الأسس والمسلمات تتلخص في الآتي:

١. الإنسان كل كامل تتفاعل عناصر شخصيته الأربعة – العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية دائماً ما دام هو إنسان يعيش في مجتمع إنساني وفي بيئة اجتماعية. ومن ثم فإن أي اضطراب في أي من هذه العناصر هو نتيجة لتفاعل بين عناصره الأخرى لأحداث هذا الاضطراب، ويؤدي هذا الاضطراب بدوره إلى اضطراب العناصر الأخرى.

٢. علم الاجتماع الطبي من الوسائل أو الأدوات التي تؤكد أن الإنسان هو أسمى الكائنات الحية شأناً وقيمة، فهو تعبير عن احترام ورعاية الإنسان للإنسان.

٣. يعبر علم الاجتماع الطبي عن فردية الإنسان وعموميته في نفس الوقت فرغم اشتراكه مع غيره في الإصابة بأمراض معينة، إلا أنه يختلف عن أي مريض آخر مصاب بنفس المرض، ومن ثم فهو يحتاج إلى نوع معين من المعاملة ونمط معين من الخدمات وأسلوب خاص من الرعاية.

٤. إن صحة الناس تعتبر مسؤولية مباشرة تقع على عاتق المجتمع.

٥. إن العوامل الاجتماعية والاقتصادية لها أثر على الصحة والمرض.

وعليه يعتبر علم الاجتماع الطبي علماً وفناً، فله جانبه النظري في دراسة الظواهر المرضية وفق المنهج العلمي، وله جانبه التطبيقي الذي يتمثل في مدى الانتفاع بالدراسة في القضاء على كثير من أخطار الأمراض الناتجة عن المؤثرات الاجتماعية.

مراحل تطوّر علم الاجتماع الطبي

يرجع تاريخ ظهور علم الاجتماع الطبي في كل من أوروبا والولايات المتحدة بصفته فرعاً منفصلاً ومتميزاً من فروع علم الاجتماع إلى الفترة التالية مباشرة للحرب العالمية الثانية.

والحقيقة أن جذور علم الاجتماع الطبي تذهب إلى ما هو أقدم بكثير من الحرب العالمية الثانية فقد ارتبطت ممارسة الطب قديماً بالحالة الاجتماعية والاقتصادية للجماعات من الناس ولكن لم يوضع هذا موضع الدراسة والبحث والتحليل إلاّ حديثاً وتقسم مراحل تطوّر علم الاجتماع الطبي إلى المراحل التالية:

١. المرحلة الأولى:

ويبدأ تاريخ هذه الاهتمامات إلى ملاحظات وتسجيلات أوّلية لفتت نظر الحكماء والمفكرين الذين كانوا يجمعون بين الحكمة والفلسفة إلى العناية بأحوال العمال وما يتعرضون له من أخطار مهينة، وعلم الاجتماع الطبي خلال هذه المرحلة ذو صلة وثيقة بدراسة الأساليب الطبية التي تقوم على السحر والأرواح الشريرة، أو ما يسميه البعض بأساليب الطب اللاهوتي أي الذي يستند إلى الدين.

وقد جعلت اتجاهات التفكير الاجتماعي القديم الاهتمام بالمرضى والمعوقين يأخذ مكاناً متميزاً بين مختلف الاهتمامات المجتمعة الأخرى التي تتناول مختلف نواحي الحياة، واتخذ هذا الاهتمام صوراً شتى سواء كان ذلك بالمغالاة في أغداق العطاء والخدمات لهم أو تقرباً من المعبود، ويدخل كل هذا في ما يمكن أن يطلق عليه مصطلح الرعاية الطبية.

وقد تباينت الاهتمامات المجتمعية بالمرضى والمعوقين عبر التاريخ بين الرعاية الإيجابية وبين المعاملة الشاذة فعند النظر إلى اليونان القدامى ونسقهم الاجتماعي فقد

كانت القوانين تسمح بالتخلص ممن بهم نقص جسمي وأعلن أفلاطون وأرسطو موافقتهم على ذلك.

أما هيبوقراط فقد اعتبر أن البنية الطبيعية للمكان وهي المناخ والموقع ونوع المياه والبيئة السياسية والمهنة ذات تأثير كبير على الصحة والمرض وكتب في ذلك أن الصحة تعتمد على التوازن بين التغذية والتمرينات الرياضية.

وفي روما ظل الناس أجيالاً عديدة يغرقون الأطفال غير مكتملي النمو في نهر التير على أن الرواقيين الذين أثرت فلسفتهم على التفكير اليوناني كانوا يربطون بين الخير وبين حسن معالة المرضى والمعوقين.

٢. المرحلة الثانية:

وبدأت المرحلة الثانية من مراحل الاهتمام بالأمراض المهنية مع انتشار التجمعات العمالية على شكل طوائف مهنية تقوم بالرعاية الصحية لأفرادها وخاصة بعد أن انتشرت الصناعة اليدوية، وظهرت الأسواق التبادلية على مستوى الدولة وعلى مستوى السوق العالمية، إذ اهتم رؤساء الطوائف بنواحي أمراض المهنة.

وكان أهم ما يميز هذه المرحلة وجود قواعد الصحة الوقائية، وصاحب ذلك التقدم العلمي والتطور في استخدام نتائج علم الكيمياء، مما كان له أثر في علاج بعض المرضى.

وللتدلل على صفات هذه المرحلة نذكر:

أ. في صقلية تأسست مدرسة سالرنو لتعليم الطب في القرن التاسع ولم تكتفي المدرسة بتزويد طلبتها بتعليم طبي رائع وتمنحهم وتعطيهم إجازات تسمح لهم بمزاولة المهنة بل اهتمت بموضوع السلوك في مزاولة المهنة.

ب. ظهرت خلال القرن السادس عشر كتابات عدة تتحدث عن أمراض عمال المناجم والعمال الذين يعملون في تجارة السلع الخطرة.

ج. في عام ١٥٥٦ ظهرت كتب في العلوم المعدنية تتناول مظاهر التعدين التي تتعلق بخلط وصهر المعادن كالذهب والفضة والآلات المستخدمة تحت التعدين والتهوية والضخ، والأمراض التي يصاب بها عمال المناجم، ووسائل حماية العمال من هذه الأمراض والحوادث.

٣. المرحلة الثالثة:

وبانتشار الثورة الصناعية وزيادة الوعي القومي وشعور الدولة بمسؤولياتها والتزاماتها تجاه القوى العاملة، نشأ من الضرورة الاجتماعية إدخال عنصر التشريع الوقائي والأمن القومي.

وبانتشار الثورة الصناعية والظروف الاجتماعية السلبية التي سادت الطبقة العاملة وأثر ذلك على سوء الحالة الصحية والمعيشية وانتشار الأمراض بين أفراد هذه الطبقة، وبانتشار ظاهرة التحضر والهجرة إلى المدن الصناعية، وبسبب التقدم الذي أحرزته العلوم الطبيعية والبيولوجية والاجتماعية بالإضافة إلى ظهور ايدولوجيات جديدة بدأ العلماء بدراسة العوامل والمشكلات الاجتماعية المرتبطة بالصحة والمرض، فدرسوا أثر كل من الفقر والمهنة والتغذية والإسكان واشتغال الأطفال والنساء وغير ذلك من العوامل الاجتماعية على الحالة الصحية.

وأدى ذلك إلى ظهور فكرة الطب الاجتماعي سنة ١٨٤٧ ولكن تعبير الطب الاجتماعي فقد وضع في الفترة التي سبقت الحرب العالمية الأولى في أوائل القرن العشرين حيث بدأ بالتطوّر بسرعة أكثر من خلال الاهتمام بالصحة العامة والعمل الاجتماعي المنظم، حيث انطلق العمل في المجال الصحي والعلوم الاجتماعية من قاعدة واحدة للعمل على مقاومة الأمراض وتوفير ظروف أفضل للعمال في المصانع والمناجم والاهتمام بالتغذية والإسكان.

وقد ظهرت حوالي عام ١٨٥٠ محاولات من جانب بعض الأطباء للاهتمام ببعض النواحي الاجتماعية في ممارسة مهنة الطب وفي تدريس العلوم الطبية ثم ظهرت بعد ذلك الاهتمامات بالصحة العامة والطب الوقائي.

ومن عام ١٨٨٠ ظهرت في أوروبا والولايات المتحدة حركات وجمعيات يشتمل نشاطها على تنظيم حياة المرضى ومساعدتهم بعد الخروج من المستشفى لعودتهم إلى بيئتهم الطبيعية، واشتملت أيضاً على مساعدة من لا مأوى لهم للإقامة في دور النقاهة وذلك لتوجيههم وجهة اجتماعية مفيدة.

هذا وظهرت في هذه المرحلة كثير من المؤلفات التي تتحدث عن أهمية المرض من الوجهات الاجتماعية، وكيفية حدوث الأمراض في المجتمع، وكيف أن أسباب الأمراض تعود إلى عوامل مجتمعه، وللأمراض نتائج اجتماعية واقتصادية وتؤثر بشكل سلبي على الفرد والمجتمع.

٤. المرحلة الرابعة:

لاقى علم الاجتماع الطبي في هذا القرن (العشرين) اهتماماً كبيراً من العلماء وتطوّر كثيراً واتسعت مجالاته. فقد حاول العلماء الربط بين العوامل الاجتماعية والثقافية والحالة العامة للصحة فمعرفة الأسباب الاجتماعية للمرض ظهرت في هذا القرن.

وكذلك بدأ الاهتمام المتزايد بالمريض ككل للعناية الصحية به وبجميع مشاكله الصحية، مثلاً نرى أن الأطباء المعاصرين بدأوا بالتعامل مع الاضطرابات الصحية باعتبارها نتيجة لمشاكل الحياة المتعددة، وأن الاختلال الوظيفي في الجسم وشعور الإنسان بالمرض لا يرجع إلى نواحي بيولوجية فقط، ولكنه يرجع أيضاً إلى تأثير العوامل الاجتماعية والسيكولوجية والثقافية.

واتجه كثير من العلماء إلى محاولة دراسة بعض العلوم السلوكية لكي يعرفوا المزيد عن الحياة الشخصية لمرضاهم والتعامل مع المريض باعتباره إنسان ككل وليس باعتباره حالة طبية مرضية.

كما أصبح اهتمام المدارس الطبية الآن تدريب الأطباء على التخصص المعني في عمله مع الجسم الإنساني بجانب تدريبه على الإلمام بالجوانب الإنسانية لهذا الجسم وإزاء هذا التطور الذي حدث في الدراسات الاجتماعية الطبية من حيث المجال والمنهج والكم والكيف اعتبر معظم علماء الاجتماع أن علم الاجتماع الطبي قد ظهر بعد الحرب العالمية الثانية كفرع حديث لعلم الاجتماع.

وخلال العقود الأربعة الماضية بلغ علم الاجتماع الطبي درجة كبيرة من التقدم وأصبحت له مجالاته المتميزة ومنطلقاته النظرية الواضحة وأهدافه المحددة. فمن حيث مجالات الدراسة اتجهت الأبحاث في علم الاجتماع الطبي إلى دراسة العلاقات المتبادلة بين المتغيرات الاجتماعية والثقافية وبين ظاهرتي المرض والصحة، وإلى دراسة المؤسسات الطبية باعتبارها منظمات اجتماعية، وكذلك دراسة العلاقات المتبادلة بين المؤسسة الطبية وبين كل من المجتمع المحلي العام.

وأما من حيث المنطلقات النظرية فقد اعتمد الباحثون على النماذج والنظريات التي طوّرها المتخصصون في علم الاجتماع المهني، وعلم الاجتماع التطبيقي، وعلم الأمراض الاجتماعية.

أما من حيث أهداف الدراسة فقد اتجه العلماء وجهة علمية تطبيقية محاولين الاستعانة بالحقائق العلمية في تطوير نظر الرعاية الصحية.

نشأة علم الاجتماع الطبي

منذ العقد السابع من هذا القرن بدأ الاهتمام بعلم الاجتماع الطبي يتزايد ويتضح كمجال جديد من مجالات بحوث العلوم السلوكية، ومع ذلك فلا يزال هذا المجال الجديد يتميز بعدد من الاهتمامات والمداخل ووجهات النظر وقد أصبح العلم في السنوات العشرة والأخيرة أكثر اختلافاً عن ذي قبل، بفعل الحاجة المزايدة إليه. وزيادة اهتمام المجتمع بمشكلات الرعاية الصحية. وأسلوب أدائها والسياسة الصحية أضف إلى ذلك تقدم المعرفة الطبية وتكنولوجيا الطب، وتزايد مسؤولية الدولة عن الرعاية الصحية، وتحمل تكاليفها المرتفعة، كل ذلك يثير اهتمام البلدان المتقدمة والمتخلفة على السواء، بكيفية التنظيم الأمثل للقوى البشرية والمصادر الصحية المحدودة في المجتمع.

والواقع أن المصادر الغربية ترجع ظهور علم الاجتماع الطبي في كل من أوروبا والولايات المتحدة. كفرع متميز من فروع علم الاجتماع – إلى الفترة التالية مباشرة للحرب العالمية الثانية غير أن المصادر العربية الإسلامية تحوي إشارات عميقة وعديدة عن علم الاجتماع الطبي عند العرب، ولاسيما عند الكتّاب القدامى الذين عاشوا بعد القرن التاسع الميلادي أمثال الأندلسي ابن عبد ربه وابن قتيبة الدينوري، وأخوان الصفا، وابن سينا والبغدادي، والأزرق إبراهيم ابن عبد الرحمن بن أبي بكر. فقد انصب اهتمامهم على دراسة الجوانب الصحية والوقائية للحياة الاجتماعية، وبيّنوا أهميتها في حفظ نوع الإنسان وتنظيم حياته اليومية وتعويده على ممارسة الأنماط السلوكية والأنشطة الاجتماعية اليومية ذات الطابع الصحي والوقائي. وهي دراسات ولمحات صدرت في زمن يخلو من الأجهزة الحديثة والمعدات التكنولوجية التي تساعد الباحث على

الاكتشاف، كما لم تكن توجد معرفة علمية تسمى علم الاجتماع لكي تـدفع الكاتـب العربي إلى تناول هذه الموضوعات ودراستها.

وإنما كان هذا الكاتب يملك الحس العلمي، والخبرات المتوارثة والإيمـان بالبحـث العلمي لخير الإنسان، واقتران التماس العلم وطلبه بالعبادة وطاعة الله. وبهذا صـارت هذه المعرفة الصحية والوقائية – فما بعد – ضوابط لسلوك الإنسان، ومرشداً نحو أنماط وأنساق صحية تعكس النظام الصحي في المجتمع العربي.

والواقع أن المفكرين والكتّاب العرب قد تطرّقوا – خلال القرن التاسـع المـيلادي وما تلاه – إلى تناول الموضوعات الرئيسية ذات الصلة الوثيقة بمـا يـسمى الآن "علـم الاجتماع الطبي"، فقد تناولوا صورة الطبيب الاجتماعيـة، ونظـام العمـل الطـبي بـين الأطباء المتخصصين في فروع الطب المخيلفة فمنهم الأطباء الباطنيون والمتخصصون في علاج النساء وغيرهم ولم يكن التخصص الطبي قاصراً على الأطباء من الرجال فحسب وإنما امتد لتشارك فيه النساء أيضاً حيث مارست نساء العرب صناعة الطب والمداوة منذ فجر الإسلام فكانت "رفيدة الإسلامية" تداوي الجرحى في غزوة الخندق. وكانت "أم عطية الأنصارية" تداوي الجرحى وتقوم على المرضى، وفي أواخر الدولة الأموية كانت زينت طبية بني أود خبيرة بمداواة العين والجراحات وصناعة الكحالة والطـب. كـذلك كانت أخت أبي بكر بن زهر وابنتاها عالمتين بمداواة النساء وعلاج أمراضهن ومن ناحية أخرى ساهمت النساء في مساعدة الطبيب في عمله. فقد جاء أن الزهراوي كـان يقـف خلف ستار خفيف. ويعطـي إرشـاداته المناسـبة للقوابـل في الحـالات العـسرة. وهـذا بالإضافة إلى براعة نساء العرب في فن التمريض في مختلف العصور وإن كانت ممارستهن تجمع بينه وبين الطب ذاته.

كذلك تضمن التراث العربي الإسلامي لمحات تفصيلية حول نظام الصحة الوقائية، بحيث ينظر الطب العربي إلى أبدان الأفراد على أنها دائمة التحلل لما فيها مـن الحـرارة الغزيرة من الداخل، وحرارة الهواء المحيطة بها من الخارج. ولذلك حرص على توضيح

نسق الأغذية من حيث أنواعها وشروطها، وكفايتها للجسم الإنساني، وأوقات الأكل والتغذية العلاجية... إلخ كما أوضح الاغتسال والنظافة والشراب والقواعد الصحية المحددة لكل منها.

أضف إلى ذلك أن الإرهاصات العربية الإسلامية في علم الاجتماع الطبي تتجلى أيضاً في الاهتمام بصحة جسم الإنسان العامة وتقسيمها حسب مراحل نموه بالتفصيل إلى المرحلة الجنينية ومرحلة الطفولة ومرحلة الشباب ثم مرحلة الكهولة، وفي كل مرحلة يحدد المفكرون والأطباء العرب أمثال البغدادي وابن سينا وغيرهم نوع الغذاء المناسب وحجم الرياضة المطلوب وطبيعة الجو الصحي الملائم والقواعد الصحية المفروضة ونمط الحياة المتبع. ولم تدع هذه الإرهاصات أيضاً تصنيف أمراض الجسم حسب فصول السنة، حيث أوضحت العلاقة الوثيقة بين كل فصل وما يسببه من الأمراض مما يدخل الآن تحت مبحث أسباب المرض، وعلم الأوبئة... إلخ ففي شهور الربيع تكثر الأورام والدمامل والسعال ووجع المفاصل والربو والسكتة، وعلى حين يساعد فصل الصيف على ظهور وانتشار أمراض الحميات والرمد والجدري والحصبة بينما يزداد الجرب والأورام ولاسيما السرطان وأمراض الطحال وعسر البول وأمراض الرئة والسعال في فصل الخريف أما في فصل الشتاء فتنتشر فيه النزلات والزكام وذات الجنب والرئة والصداع المزمن والصرع، ومن هذه وتلك، يتضح لنا أن جذور علم الاجتماع الطبي تمتد إلى بداية العصر الإسلامي الأول وإن كان ازدهارها واضحاً منذ القرن التاسع الميلادي كما ذكرنا.

أما علم الاجتماع الطبي في الولايات المتحدة، فقد راح ينمو بعد الحرب العالمية الثانية. وساهمت المؤسسات الخاصة والوكالات الحكومية في تمويل الأبحاث وفي ازدهار برامج التدريب، وزيادة عدد المتخصص فيه. ولذلك ظهرت الكتابات الجادة في هذا المجال الجديد فيما بين عامي ١٩٥٠ و ١٩٦٠ حيث حدث التحول خلالها من الرؤية

الاجتماعية المصغرة إلى الرؤية الكبيرة ومن النظرة الجزئية إلى النظرة الكلية. وهذا حتم آنئذ الأخذ بالأسباب الاجتماعية عند التفسير الفسيولوجي والبيولوجي للمرض.

وعلى الرغم من أن مصطلح "الاجتماع الطبي" لم يسبق استخدامه في ألمانيا قبل عام ١٩٥٥، إلا أن الكتابات السابقة في أعوام ١٨٤٨ و ١٩١٤ تنتمي إلى أدبيات هذا العلم الجديدة، ففي هذه الفترة حاول العالم الألماني الفريد كورتجان المزج بين الصحة الوقائية الاجتماعية التي تخصص فيها، وبين علمي الاجتماع والاقتصاد، كذلك كان سيجر لست السويسري يستخدم المدخل الاجتماعي لدراسة تاريخ الطب، أثناء قيامه بالتدريس في ليبرج.

وفي انجلترا ازدهرت المسوح الاجتماعية ودراسات الأوبئة الاجتماعية بصفتها عناصر هامة في الإصلاح الاجتماعي منذ عام ١٨٥٠ وما تلاه ولذلك اهتم علماء الاجتماع في أوروبا كلها بطرق الإصلاح الاجتماعي بشرط ألا يتداخل مباشرة في العمل السياسي وقتئذ.

وهكذا فإن جذور الاجتماع الطبي تكمن بعيداً عن أعماق القرن التاسع الميلادي وما تلاه عند العرب المسلمين، ثم بدأ الاهتمام به في أوروبا وأمريكا خلال القرن التاسع عشر – أي بعد عشرة قرون حتى وصل إلى مستوى فائق على مدى ربع القرن الأخير "١٩٥٠– ١٩٧٥" وبالتالي يمكن القول بأنه لم يجتذب اهتماماً كبيراً نحو مشكلات الخدمات الصحية في بلدان العالم الثالث إلاّ في حدود ضيقة.

تعريف علم الاجتماع الطبي

إن علم الاجتماع الطبي مجال للتداخل العلمي والاعتماد والمتبادل بين علوم متعددة. ولا يستفيد هذا العلم الجديد من جهود ودراسات علماء الاجتماع وعلماء النفس الاجتماعي فقط، بل يستفيد أيضاً من جهود الباحثين في مجال الطب والصحة العامة علماء الأوبئة. واقتصاديات الصحة والأطباء المهتمين ببحث ودراسة الأدوار التي يؤدونها، ويقدم علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي وجهات نظر فريدة حول الممارسة الطبية، وخاصة وأن مجال الطب يفتقد المفهومات النظرية الأصلية والكفؤة ولهذا يضطلع علم الاجتماع وباقي العلوم الاجتماعية بتقديم وجهات نظر، ومفاهيم ومصطلحات متقدمة تسمح لنا بتراكم كفء للمعرفة، وتحديد دقيق لبؤرة البحث، وتقديم أولويات بحوث المستقبل في علم الاجتماع الطبي وعلى هذا فعلم الاجتماع الطبي يمثل مجالاً مشتركاً بين الطب وعلم الاجتماع ويمثل من ناحية أخرى مجالات للبحث التطبيقي.

وإذا كان الطب يهتم بقضايا الصحة والمرض، وعلم الاجتماع يدرس البناء الاجتماعي، فإن علم الاجتماع الطبي إذن يمثل حلقة الوصل بين العلمين، الاجتماع والطب، بمعنى أنه يدرس قضايا الصحة في ضوء علاقتهما بالنظم الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والإدارية ومن هنا يتحدد تعريفنا لعلم الاجتماع الطبي بأنه "الدراسة السوسيولوجية لقضايا الصحة والمرض، وتناول المستشفى كنسق اجتماعي وثقافي، وفحص علاقة المريض بالقوى العاملة الطبية، وبالمؤسسات العلاجية كما يحددها البناء الاجتماعي والوضع الطبقي"، وهكذا تنبسط الأفكار السوسيولوجية لتتخلل النسق الطبي، وتقدم لأعضائه صورة شاملة عن أهمية العوامل الاجتماعية المرتبطة

بالصحة والمرض، وسلوك المرض وعلاقته بالخدمة الصحية المقدمة. ونمط الأسرة (نووية أو ممتدة) ودوره في اتخاذ القرار الطبي باللجوء إلى إحدى المؤسسات الصحية وصورة بناء القوة السائدة في المجتمع، ودرجة تأثيره على أداء الخدمة الصحية، أضف إلى ذلك أن علم الاجتماع الطبي يبرز اتجاهات وقيم المجتمع نحو العلاج الشعبي والرسمي، وكيفية استثمارها في تدعيم الطب الرسمي في مواجهة الطب الشعبي. وتساعدها الأنثروبولوجيا الطبية في استكمال معالم الصورة المؤثرة في الصحة والمرض، وبالتركيز على العناصر الثقافية كالعادات والمعتقدات والأمثال الشعبية والطقوس السائدة ودورها في الصحة والمرض.

بعض مفاهيم من علم الاجتماع الطبي

تحوي الدراسة عديداً من المفاهيم المتعلقة بالصحة والمرض والأسباب الاجتماعية والثقافية التي تكمن خلفهما، والإجراءات المتنوعة المستخدمة في الوقاية والعلاج، ونظراً لحداثة موضوع علم الاجتماع الطي، فإن توضيح هذه المفاهيم ضرورة لابد منها، علاوة على أن حداثة اصطلاح علم الاجتماع الطي ذاته، يستلزم توضيح هويـة، ومفاهيمـه، وأطره التصورية، ومناهجه. والواقع أن المفاهيم الجديدة كثيرة في هـذا المجـال، ولـذلك سوف يقتصر تناولنا على أبرزها وأكثرها استخداماً مثـل الـصحة والمـرض، والرعايـة والخدمة الصحية، والأبعاد التي تتضمنها وها هي أهم تلك المفاهيم:

أ- الصحة: تعرف منظمة الصحة العالمية إلى أن الصحة هـي "حالـة التحـسن الجسمي والعقلي والاجتماعي الكامل، وليست مجرد غياب المرض أو العلّة". غير أن سعة هذا التعريف تضفي صعوبة على تمييز ما هو صحيح عمـا هـو مريض، وبالتالي فليس من المفيد استخدام هذا التمييز إلّا باعتباره مرشداً دالاً على الأبعـاد الواسـعة للـصحة، وعلـى أن التحـسن يعتمـد علـى الـسياق الاجتمـاعي والثقـافي الـذي نعـيش فيـه، وارتباطنـا بـالآخرين، والمخـاطر الاجتماعية والبيئة التي نتعرض لها. والخلاصة إذن فهم آثار ونتـائج مفـاهيم الصحة والمرض مطلب جوهري، حتـى وأن تعـسر تعريفهـا وقياسـها بدقـة محكمة.

ب-المرض: ينال موضوع المرض اهتمام البشرية جمعاء، حتى في المحادثات اليومية، لأن حياة الناس تعتمد على حالتهم الجسمية والعقلية والاجتماعية الجيـدة، وهناك تعقيدات عديدة حول تعريف المرض. وعليه يمكن تعريف المرض بأنه

حالة التغير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما يكون الشفاء منه صعباً أو مستحيلاً بدون علاج، ومن البديهيات في علم الاجتماع الطبي أن التعريفات والقيم المتعلقة بالصحة والمرض تحكمها وتحددها اعتبارات اجتماعية في المقام الأول، تنبثق عن خبرة الناس نتيجة لوجودهم في جماعات مختلفة علاوة على أن السن والنوع والظروف الأسرية والأصول الاجتماعية والطبقة تلعب دورها البارز في تحديد المرض. والمرض في أحد معانيه "تكيف بيولوجي، إذ أنه تعبير عن تكيف الجسم مع الضغوط الداخلية والظروف الخارجية الخطرة".

ويمكن أن نقول إن المرض مفهوم يشير إلى "الحالة الباثولوجية الشاذة التي نشخصها في ضوء العلامات والأعراض" وهي الواردة في التصنيف الدولي للأمراض.

والواضح أن المعنى الاجتماعي هو التعريف الأكثر انتشاراً للمرض وتتولى معظم المداخل الاجتماعية والثقافية والسلوكية بلورة هذا المعنى بما تقدمه من وجهات نظر ثاقبة. وتحرص هذه المداخل على إبراز دور الثقافة وأساليب الحياة والسلوك في تحديد معنى المرض، وكيفية الاستجابة له. إذ يلعب السياق الثقافي مثلاً دوراً هاماً في تحديد الحالات والظروف التي نتعرف عليها وندركها كأمراض، والأسباب التي نعزوها إليها. وفي نفس الوقت تمارس التعريفات الثقافية تأثيرها على نتائج تحديد حالة المرض ومن الملاحظ أن المسار الاجتماعي للمرض يتأثر إلى حد كبير بالمضمون الثقافي في المجتمع ويتكامل تماماً مع أنماط الحياة.

إذن فالمفاهيم الاجتماعية للمرض جزء من فلسفة الشعوب حول المرض والموت... وبالتالي حول مكافحة دواعي القلق في الحياة الإنسانية، ومعنى هذا إنها تربط بين المرض والقالب الاجتماعي لمجموعة القيم السائدة في المجتمع، وهنا تدمج المرض في النظام الاجتماعي وتعبر مفاهيم المرض عن اتجاهات عديدة في الثقافات المختلفة فمنها ما يعبر

عن الوصف العام للمرض، ومظاهره وأعراضه، وتصنيفه وأسبابه، والأحكام الأخلاقية وغيرها من الأحكام التقيمية للمرض.

ج- مفهوم الرعاية الصحية **Healthe Care**

وتشير إلى "كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية وبالتالي تتضمن الرعاية الصحية كل الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض. ويعكس تعريف منظمة الصحة العالمية أبعاد عديدة لنظام الرعاية الصحية. فبالإضافة إلى العيادات الداخلية والخارجية تدخل عوامل أخرى مثل: العوامل الاقتصادية والعوامل الاجتماعية والسياسية والبيئية.

د- الخدمة الصحية: وهي تعني "كافة أوجه الرعاية للمريض من تقديم الدواء والغذاء والمعاملة الجيدة والأخصائي الاجتماعي" وبالتالي فهي تتضمن فحص المريض وتشخيص مرضه وإلحاقه بإحدى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاجه، والغذاء الجيد والملائم لحالته، وحسن معاملة القوى العاملة الطبية له لتساعد على استعادة صحته وتوجيه الخدمة الاجتماعية لتذليل أية مشكلة تعترض راحته الجسمية أو النفسية داخل المستشفى أو خارجها.

هـ- سلوك المرض: تراعي النظرة الاجتماعية للمرض تلاؤم الاستجابة الإنسانية مع الظروف الصحية والمرضية والمعايير المرتبطة بها، والاستجابة لها. ومن هنا أحدث علماء الاجتماع الطبي مصطلح "سلوك المرض" ليصفوا الأفعال المتوالية زمنياً، كما طوّروا نماذج لدور المريض ودور الشخص في بداية المرض... إلخ إلا أن مفهوم سلوك المرض يأتي في المقدمة ليعني (الطريقة التي يدرك بها الإنسان بعض الآلام للمرض ويتعرف على التعب أو أية علاقة

أخرى للاعتلال الوظيفي للجسم ويقيّمها ويتصرف حيالها)، وهو سلوك إنساني علم في جميع المجتمعات.

وقد تصدى علماء كثيرون لتحديد العوامل المؤثرة على سلوك المرض فأبرزا دور العامل النفسي فيه باعتباره يدفع المريض أحياناً لتلافي تسميته مريضاً، بل قد يتأزم الأمر كثيراً في حالة المرض العقلي أو الإعاقة، حيث يترتب عليها ما يعرب بالوصمات. كذلك أكدوا على أهمية العوامل الثقافية في تحديد نمط الاستجابة للمرض وتفسيره. علاوة على إبراز دور مبحث أعراض المرض والمعرفة الطبية في سلوك المرض ونوعية الأعراض التي تدفع أصحابها لاستشارة الطبيب، ومغزى الجماعة المرجعية في سلوك المرض وحث المريض على التماس الخدمة الصحية.

ومن واقع سلوك المرض يظهر لنا دور المريض باعتباره يمثل مجموعة المناشط السلوكية المرتبطة بالمرض، وعلاقة هذه المناشط بالجماعة المرجعية، ومدى الإعفاء من بعض المسؤوليات والمهام الملقاة على عاتق الأصحاء، ودرجة تعاطف الجماعة معه.

و- الأبعاد المهنية للخدمة الصحية: وتعني الأبعاد المهنية هنا مجموعة الأدوار المهنية التي يقوم بها العاملون بالنسق الطبي الرسمي في تقديمهم للخدمة الصحية، ونوعية الأداء الوظيفي السائد، ودور العوامل الداخلية والخارجية في تحديد طبيعة هذا الأداء وبالتالي يركز هذا التعريف على الأدوار المهنية للطبيب والممرضة، ونوعية تأهيل الطبيب، ونوع المستشفى وإمكانياتها وعلاقة ذلك بالمجتمع المحلي... الخ.

ز- الأبعاد الاجتماعية للخدمة الصحية: وهي تعكس الدور البارز الذي يمارسه المجتمع في الخدمة الصحية في مجتمعات الدراسة، يتوزع هذا الدور على مجموعة المتغيرات الاجتماعية كالبناء الاجتماعي السائد، ونمط السلطة الأسرية والسياق الاجتماعي للصحة والمرض وانعكاساته على أداء الخدمات الصحية،

وبالتالي نقصد بالأبعاد الاجتماعية إجرائياً هنا بناء المجتمع وعناصره الأساسية التي تحدد ملامح الخدمة الصحية ومدى فاعليتها.

ح- الأبعاد الثقافية للخدمة الصحية: وتدور هذه الأبعاد حول علاقة الثقافة السائدة بالخدمة الصحية في المجتمعات المدروسة، من خلال استعراض علاقة الثقافة بالصحة والمرض بما يتضمنه من العادات والتقاليد (كالعادات الغذائية وعادات زيادة المرض)، والمعتقدات والأمثال الشعبية والقيم والدين، علاوة على النظرة الدنيامية للثقافة وأثرها على برامج الخدمات الصحية، في ضوء ذلك نقصد بالأبعاد الثقافية في دراستنا الحالية "مجموعة العناصر الثقافية العامة ذات العلاقة الوثيقة بالخدمة الصحية، بحيث تحدد طبيعة أدائها، ومدى وصولها إلى مستحقيها، ودرجة نجاحها، علاوة على أن هذه العناصر تلعب دورها البارز في نجاح أو فشل الخدمة الصحية الرسمية، وبالتالي ينعكس أثرها بوضوح على المستوى الصحي في المجتمع".

أقسام علم الاجتماع الطبي

ينقسم علم الاجتماع الطبي الذي هو فرع من فروع علم الاجتماع إلى فرعين هما:

١. علم الاجتماع في الطب Sociology in Medicine

ويهتم هذا العلم بدراسة الشروط والظروف الاجتماعية للصحة والمرض وخاصة الشروط المتعلقة بظروف معينة وهو بذلك يتميز بأنه بحث تطبيقي وتحليل للمشاكل الطبية أكثر من اهتمامه بالمشاكل الاجتماعية.

وغالباً ما يكون عمل علماء الاجتماع في هذا المجال داخل المدارس الطبية ومدارس التمريض ومدارس الصحة العامة، ويكون جهدهم مركزاً على التعاون المباشر مع الأطباء وكل من يعمل في المجال الصحي، لدراسة العوامل الاجتماعية ذات الصلة الوثيقة بالاضطرابات الصحية كالعمر، والجنس، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية، والتعليم، والوظيفة ثم معرفة الطرق التي يمكن بها معالجة المشاكل الصحية.

ومن ذلك نجد أن علم الاجتماع في الطب يمثل ميداناً للاهتمامات المشتركة لعلماء الاجتماع والطب.

٢. علم اجتماع الطب Sociology of Medicine

ويهتم هذا العلم بدراسة الطب كنظام قائم على استخدام مناهج وأساليب علم الاجتماع لدراسة العوامل الاجتماعية كالعلاقات والقيم والتنظيمات والأنماط المختلفة للسلوك الإنساني في المجال الطبي، والمتخصص الأول في هذه الدراسة هو عالم الاجتماع، فهو يتسم ببحث وتحليل البيئة الطبية من منظور سوسيولوجي، وأغلب عمل علماء الاجتماع في هذا المجال تكون في أقسام الاجتماع في الكليات والجامعات المختلفة فهو إذن يهتم بالحقائق الخاصة بالصحة والمرض وبالوظائف الاجتماعية للنظم الصحية

وعلاقة أنساق توزيع العناية الصحية بغيرها من الأنساق الاجتماعية الأخرى، كما أنـه يهتم بدراسة السلوك الاجتماعي للطبيب والمريض لمعرفة نوعية العلاقة بينهما وأثر هذه العلاقة على تطوير العناية الصحية.

أما الطب الاجتماعي فهو علم تطبيقي يرتكز أساساً على العلم الاجتماعي ويهتم بالمشكلات الاجتماعية وهو بذلك يستخدم مناهج العلـوم الاجتماعيـة في حـل هـذه المشكلات.

أما دور علم الاجتماع في هذه المجالات الطبية فإنما يتمثل في التعـاون المباشـر مـع الأطباء وكل من يعمل في المجال الصحي لدراسة العوامل الاجتماعية التي لها علاقة وثيقة بالاضطرابات الصحية، فعمل علماء الاجتماع في المجال الطبي يكون موجه مباشرة للعناية بالطبيب أو لحل المشكلات الصحية العامة للأفراد والجماعات، كما ينصب عملهم أيضاً على تحليل أسباب المرض ودراسـة الاختلافـات في الاتجاهـات الاجتماعيـة وعلاقتهـا بصحة الأفراد، وعلاقة الاضطرابات الصحية بـبعض المـتغيرات مثـل العمـر والجـنس والمكانة الاجتماعية والاقتصادية والتعليم والوظيفـة والطـرق الـتي يمكـن بهـا معالجـة المشكلات الصحية.

مجالات علم الاجتماع الطبي

نشأ علم الاجتماع الطبي الذي يعتبر فرع من فروع علم الاجتماع عام ١٩٦٠ وتطور حتى أصبح الآن من أقوى الفروع في علم الاجتماع، كما أصبحت هذه المادة الآن من المواد الهامة التي تدرس في معظم مدارس الطب وكليات التمريض.

يستخدم علم الاجتماع الطبي مفاهيم ونظريات ومناهج علم الاجتماع ويحاول تطبيقها على دراسة عمليات الصحة والمرض والعلاقات الاجتماعية داخل المجال الطبي، أما نشاطاته فقد امتدت إلى اهتمامات مختلفة مثل الاهتمام بالتنظيم الاجتماعي أو السلوك الانحرافي واهتمامات أخرى موجودة أصلاً في علم الاجتماع كالضبط الاجتماعي.

وقد اهتم هذا العلم بكثير من الموضوعات مثل شرح وتفسير أسباب المرض وخاصة المزمن، ومشكلة إدمان المخدرات والكحوليات ومشاكل السن والاضطرابات السلوكية، كما أن من أهم المجالات التي اهتم هذا الفرع بدراستهما العلاقة بين الأطباء والمرضى والعلاقة بين الإجراءات الإدارية وأساليب العلاج ودراسة الحياة اليومية للطبيب ودراسة الخدمات الصحية التي تقدم للمريض ذلك بمحاولة تقييمها لكي تتمشى مع احتياجات المريض الفعلية، والاهتمام بتنظيم الرعاية الصحية ودراسة العلاقة بين الموت والمرض من ناحية والعوامل الاجتماعية من ناحية أخرى.

ولقد انصب اهتمام علم الاجتماع على بعض المجالات في الطب وأهمها:

١. دراسة تطور الممارسة الطبية في العالم.

٢. دراسة القيم والاتجاهات للجماعات ذو الثقافات المتنوعة، وأثر هذه القيم والاتجاهات على الصحة والمرض والعناية الصحية.

٣. دراسة البناء الاجتماعي والوظيفي للمستشفى.
٤. دراسة الأدوار الاجتماعية للطبيب والمريض وتفاعلاتهم في المواقف الاجتماعية المختلفة.
٥. تعليم الأطباء القيم والاتجاهات المختلفة المرتبطة بالصحة والمرض وربط أهميتها بأهمية المهارة العلمية لدى الأطباء.
٦. دراسة العلاقة بين العوامل السيكولوجية والاجتماعية وبين المرض.
٧. دراسة العلاقة بين الطبيب والمريض من أجل معرفة بعض المشاكل الملازمة للطب والتي تحتاج إلى تركيز الانتباه على الجوانب الاجتماعية التي يمكن أن تسهم مع المعرفة والعلاج الطبي في علاج المرض.

وبعبارة أخرى يمكن أن نستطيع أن نحصر مجالات علم الاجتماع الطبي على النحو التالي:

١. إسهام علم الاجتماع الطبي في دراسة التنظيمات الطبية : يهتم علم الاجتماع الطبي بالبحث في التنظيمات والنظم الطبية التي ينتمي إليها الأطباء وخاصة المستشفى الذي يعتبر أحد النظم الموجودة في هذا التنظيم الطبي، فقد ركز علم الاجتماع الطبي في فهم وظيفة هذا النظام وكيف تطورت هذه الوظائف بعد انتشار وظائفها التعليمية، وتركيزها على التعليم الطبي وتدريب الأطباء على عمل خدمات نافعة للمستشفى وذلك عن طريق خدمة المريض ورعايته
وركز علم الاجتماع كذلك على فهم التعقيدات البيروقراطية في المستشفيات وعلى كيفية حل المشاكل جميعاً عن طريق التطور في تنظيم المستشفى وأهدافها.

٢. دور علم الاجتماع الطبي في التخطيط الصحي الشامل : حاولت كثير من الدراسات الاجتماعية أن تصل إلى خطة شاملة في المجال الصحي، من أجل الوصول إلى خدمات رعاية صحية كاملة ذو نوعية عالية من الكفاءة ومتاحة

لأي شخص في المجتمع، وبينت أنه يجب توزيع القوى البشرية التي تعمل في المجال الصحي وجعلها ملائمة لتوزيع السكان في المجتمع، وتقديم الخدمات والتسهيلات الصحية في كل مجالات الرعاية الصحية. وكذلك بينت أنه يجب اشراك المستفيدين من الخدمات الصحية في عملية اتخاذ القرارات التي توضع في الخطة الصحية الشاملة.

٣. دور علم الاجتماع الطبي في الطب المجتمعي : من أهم إسهامات علم الاجتماع دراسة تنظيم الخدمات الصحية في المجتمعات، ومحاولة النهوض بالعناية الطبية، وتوزيع هذه الخدمات على أكبر عدد من الأفراد وبخاصة في المجتمعات المتخلفة، وحيث أن هناك نقص في هذه الخدمات في هذه المناطق فقد طالب بعض الأطباء البارزين وشاركهم علماء الاجتماع بضرورة مد العناية الطبية للمرضى وعائلاتهم ليس عن طريق المستشفيات فقط، ولكن بالذهاب إلى الأماكن التي يتواجدون فيها، ووضع خطة للعناية الطبية تهدف إلى العناية بالصحة في المجتمعات أكثر من الاهتمام بالأفراد، ومن إسهامات علم الاجتماع في الطب المجتمعي تطوير مفاهيم ومناهج جديدة ملائمة لهذا العلم، حتى يستطيع الأطباء التأثير في سلوك صحة السكان، وكذلك أصبح لعلم الاجتماع دور كبير في مجال الاتصال بين الطبيب والمريض لإقامة جسر يقضي على الفجوة في اللغة والفهم بين الطبيب والمريض.

٤. دور علم الاجتماع الطبي في دراسة الجوانب الإنسانية للصحة : إن المجال الطبي في حاجة ماسة إلى المعرفة الاجتماعية وذلك من أجل فهم الجوانب الإنسانية للصحة والمرض والتي يمكن فهمها عن طريق فهم العلاقات البيئية للأفراد (البيئة الطبيعية "الضوء، الرطوبة، الحرارة..." والبيئة البيولوجية والبيئة الاجتماعية) والتي تؤثر بدورها في الصحة والمرض بشكل عام.

٥. دور علم الاجتماع الطبي في دراسة الضبط الاجتماعي في المجال الصحي: لقد أكد بعض علماء الاجتماع الطبي على فكرة أن الطب نظام يمكن أن يعمل على تحقيق الضبط الاجتماعي للسلوك الانحرافي، حيث أنهم كانوا ينظرون إلى بعض الأفعال على أنها جريمة والتي يضبطها ويحكمها القانون، بدأ النظر إليها الآن على أنها أمراض، وهي يمكن ضبطها أو التحكم فيها من خلال العناية الطبية.

٦. علم اجتماع العناية الطبية: حينما ظهرت الأبحاث الاجتماعية في مجال الطب نجدها:

أ- أنها أكدت على وجوب دراسة الأطباء للمريض من الناحية الفسيولوجية وأوجبت عليهم فهم الأفراد في البيئة التي يعيشون فيها سواء كانت بيئة اجتماعية أو اقتصادية أو ديموجرافية أو سيكولوجية حتى يستطيع العلم الطبي أن يوسع من نظرته إلى الصحة وبالتالي زيادة الرعاية الطبية للمريض.

ب-اهتمت بتحليل الأنساق الاجتماعية للمستشفيات ودراسة وطبيعة هذه الأنساق في العناية الطبية.

ج- ركزت على دراسة تطور مدخل الفريق الجماعي ودورة في توزيع خدمات العناية الصحية وتحسين كمياتها ونوعياتها وركزت هذه الأبحاث على تقسيم العمل داخل هذا الفريق بحيث تضم أكبر عدد من التخصصات التي تؤدي بدورها إلى زيادة المعرفة التكنولوجية الخاصة بهذا المجال.

د- دراسة تأثير نظام الدفع (المرضى الذين يدفعون والمرضى الذين لا يدفعون) على العناية الطبية ونوعياتها، وقد أجمعت كل الأبحاث على أن هناك اختلاف قليل بين المرضى الذي يدفعون والمرضى الذين لا يدفعون في نوعية العناية الطبية التي يستقبلوها من الأطباء، كما وجد أن نظام الدفع يؤثر فقط على سرعة الحصول على العناية الطبية.

٧. إسهام علم الاجتماع الطبي في دراسة الصحة والمرض: ويرى علماء الاجتماع أن هناك الكثير من السمات الديموجرافية مثل العمر والجنس والحالة الاجتماعية التي تتأثر وتؤثر في صحة الأفراد كما أن العوامل الثقافية أيضاً تؤثر في الإحساس بالصحة وأعرض.

وتجدر الإشارة هنا إلى المحاولة التي طرحها دافير ميكانيك في عام ١٩٧٨، ويصف فيها علم الاجتماع الطبي وأهم موضوعات الدراسة فيه، من خلال استعراض اثنين وعشرون موضوعاً رئيسياً تمثل محور الاهتمام والبحث، وتتمثل هذه المجالات فيما يلي:

١- توزيع المرض ومبحث أسبابه: اهتم علماء الاجتماع بتوزيع المرض بين السكان والتركيز على عواملة ومسبباته وأهمها الأمراض المزمنة، وخاصة الأمراض والاضطرابات النفسية، وأمراض القلب والسرطان.

٢- الاستجابة الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض: يتميز هذا المجال بالتركيز على تصورات الناس حول صحتهم، وعلى الأفعال الوقائية اللازمة للحفاظ عليها، وعلى تعريفاتهم للمرض واستجاباتهم له، وكذلك الاهتمام بآثار الاتجاهات والسلوك المتنوع على مسار المرض ونجاح التأهيل والشفاء.

٣- الجوانب الاجتماعية والثقافية للرعاية الصحية: ويهتم هذا المجال في علاقة الممارس الطبي بالمريض، والتأثيرات المتبادلة بينهما، ودراسة تأثير الثقافة والتاريخ الاجتماعي على تنظيم أنساق الرعاية الصحية.

٤- الوفيات: إن لدراسة الوفيات أهمية كبرى لعلماء الاجتماع، حيث توضح الأنماط المتغيرة للوفاة، والأسباب الاجتماعية للاحتضار، وتكيف المؤسسات الصحية مع الأنماط المتغيرة من المرض والوفاة.

٥- علم الأوبئة الاجتماعي: ويتناول هذا العلم توزيع المرض والخدمات الصحية، والمبحث الاجتماعي لأسباب المرض، وظروفه العديدة كالاضطرابات العقلية والسرطان وأمراض القلب.

٦- تنظيم الممارسة الطبية: ويتعلق هذا المجال بدراسة تنظيم الممارسة الطبية، والطريقة التي يتميز بها عن الأنساق الطبية المتنوعة، ومظهر التباين الناجمة عن تباين ظروف المجتمع المحلي، ويتضمن هذا المجال مقارنة الضغوط على الممارسين الطبيين، وآثار الخدمة الصحية المأجورة على تعامل الأطباء والمرضى، وتنظيم القوى العاملة الطبية في ضوء تنوعات المستشفى وإمكانياتها.

٧- سوسيولوجيا المهن العلاجية: ويهتم هذا المجال في التنظيم الاجتماعي والعلاقات بين الجماعات المهنية والتخصصات المختلفة، ويهتم هذا المجال في نفس الوقت بتقسيم العمل في المجال الطبي، وارتباطه بالثقافة والمجتمع.

٨- سوسيولوجيا المستشفى: وهو مجال رئيسي في علم اجتماع التنظيم، ويهتم بالعديد من المتغيرات التابعة والمستقلة. علاوة على شيوع الاهتمام فيه بالتكنولوجيا المتطورة والبيروقراطية المتزايدة، والتنافس الداخلي بين التخصصات الطبية، وعلاقة القوة واتخاذ القرار وتقسيم العمل والمركزية.

٩- صحة المجتمع المحلي: يتجه الاهتمام في هذا المجال نحو تنمية العلاقات بين الهيئات الصحية العامة والخاصة العديدة في المجتمع المحلي.

١٠- التغيّر الاجتماعي والرعاية الصحية: يغلب الطابع التاريخي على هذا المجال، وبالتالي يختلف عن باقي مجالات علم الاجتماع الطبي، ويتضمن هذا الموضوع دراسات عن تطوير التخصصات الصحية والرعاية الطبية، والتعديلات في القيم والتوجهات الصحية، وأولويات التنظيم الطبي، وتوزيع الموارد الصحية.

١١- التنظيم المقارن للرعاية الصحية: ويهتم هذا المجال في محض الفروق القومية في تنظيم الرعاية الطبية بين الدول المختلفة، وبالتالي الاستفادة من معلومات المقارنة حول فائدة القوى العاملة البشرية في مجال الصحة، واستخدامها فيها، والاستفادة من الخدمات الطبية، واستخدام المستشفى، والاستثمارات في القطاع الصحي.

١٢- التعليم الطبي: ويهتم في التنشئة الاجتماعية المستمرة، والتدريب التخصصي، وخصائص الأطباء وتدريبهم التأهيلي الطبي، كذلك تتناول الدراسات السوسيولوجية الحديثة القيم الاجتماعية المتغيرة لطالب الطب، وعمليات تكيّفه مع الصعوبات الشخصية والتخصصية في التعليم الطبي، والعوامل المؤثرة على اختيار العمل الطبي والتخصص ومكان الممارسة، والتوقعات المتغيرة لدارسي الطب.

١٣- الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية: انصب الجهد السوسيولوجي على تطوير نماذج التماس المساعدة الطبية، واللجوء إلى الخدمة الصحية، لهذا أصبح اعتماد اتخاذ القرار الطبي على عديد من العوامل أكثر ما يعتمد على خطورة المرض نفسه.

١٤- الصحة العامة: يهتم هذا المجال بكل ما هو متعلق بصحة المجتمع من الاهتمام بالأمراض المزمنة، وتهديدات البيئة، والتلوث والممارسة الصحية الوقائية، والتعليم الصحي، ومجالات الصحة الصناعية، والتغذية والتعليم الصحي وتغير السلوك، وبحث الخدمات الصحية وعلم الأوبئة الاجتماعي وإدارة الرعاية الصحية،... الخ.

١٥- الإجهاد والمرض والتوافق: ويهتم هذا المجال بدراسة مصادر الضغوط الاجتماعية في التنظيم الاجتماعي والحياة الاجتماعية، وعلاقة الإجهاد بالمرض.

١٦- تكنولوجيات جديدة لتغيير السلوك الاجتماعي: من بين التيارات الواعدة في العلوم السلوكية بالطب، يأتي تطوير تكنولوجيات جديدة لتعديل السلوك باستخدام الأساليب المختلفة.

١٧- الطب النفسي والاجتماعي للمجتمع المحلي: يتزايد الوعي حالياً بأهمية العوامل الاجتماعية، والمجتمع المحلي، في التأثير على تطور أمراض معينة ومجراها، ومن الملاحظ أن التحليل السوسيولوجي ضروري لفهم كيفية تأثير السياقات الاجتماعية على المرض وكذلك لوصف سوسولوجيا الطب النفسي للمجتمع المحلي كحركة اجتماعية وسياسية في رعاية المرضى العقليين.

١٨- القضايا القانونية والأخلاقية: كما تطور الطب والتكنولوجيا، كلما تزايدت المشكلات الأخلاقية وتعقدت، ولهذا ثارت قضايا آثار التكنولوجيا على تكاليف العلاج وتوزيع الموارد، ونوعية حياة المرضى والقيم الإنسانية، وكذلك استلزم تطور الطب مفاهيم طبية وقانونية جديدة.

١٩- الجوانب الاجتماعية والاقتصادية الطبية: لا يحوي علم الاجتماع الطبي الاقتصاديات الطبية، وإنما ينطوي على صلة خاصة بأنواع النماذج والمفهومات التي يطوّرها الاقتصاد الطبي.

٢٠- مشكلات السلوك والرعاية الطبية: يهتم علم الاجتماع الطبي بفهم كيفية لجوء أصحاب المشكلات الاجتماعية والنفسية إلى الأطباء وعرضه عليهم، وكيف يتعامل معها الأطباء.

٢١- التخصصات المعاونة: يشكل الأطباء أقليّة بين مجموع القوى العاملة بالنسق الطبي الرسمي أما الدور الهام فيلعبه المعاون مثل المرضات والممرضات الممارسات والصيادلة والأخصائيين الاجتماعيين.

٢٢- السياسة الصحية وعلم الاجتماع: تعد أنماط الرعاية الصحية نتيجة لفعل مشترك بين الوحدات الحكومية والتنظيمات الأهلية التطوعية، والتخصصات والمتخصصين في الرعاية الصحية وأصحاب المشروعات. والمعروف أن السياسات الطبية بالغة التعقيد، وتتضمن قرارات تشريعية وإدارية تتخذ على المستوى المحلي والقوى بداخل المستشفيات والجمعيات الطبية، وعلى مستوى طريقة أداء الخدمة الصحية وفي الوقت الحالي يبذل علماء الاجتماع الطبي جهوداً كبيرة للتركيز على الرعاية الطبية كنسق سياسي، علاوة على ذلك فهناك الاستخدام السياسي للمرض، وتصنيفه لأغراض الضبط الاجتماعي المختلفة.

بعض الموضوعات ذات الصلة في علم الاجتماع الطبي

أولاً: دور علم الاجتماع في الطب:

منذ ثلاثة أرباع قرن بدأ علم الاجتماع في إجراء كثير من البحوث على الجوانب المختلفة من الطب وهذه البحوث هي التي تعرف الآن باسم "علم الاجتماع الطبي" وفي أثناء الحرب العالمية الثانية بدأ علماء الاجتماع في دراسة مشاكل الصحة والمرض والعلاقات الاجتماعية والعمليات التنظيمية التي ترتبط بهذه المشاكل.

أما مشاركتهم في تعليم الأطباء فقد جاء متأخراً فبعد عدة سنوات من المجالات العلمية لعلم الاجتماع في هذا المجال وجد علم الاجتماع الطبي نفسه في دائرة ما يسمى بحركة العلم السلوكي ويشارك في أنواع مختلفة ومتعددة من النشاطات التعليمية بحيث أصبح الدور الأساسي لعلم الاجتماع في الطب وهو تعليم الأطباء المبادئ الأولى لدراسة السلوك الإنساني قبل دراستهم للطب.

وفي عام ١٩٥٠ بدأت حركة تكوين وتنظيم لعلماء الاجتماع الطبي، ولقد كان لعلماء الاجتماع الطبي دور هام في مجال الطب حيث أنهم أثروا تأثيراً كبيراً على منهج الدراسة وفي حفظ ومكانة هذا العلم وكان من أهم تأثيرات علم الاجتماع في علم الطب هو استخدام الطبيب لكثير من المفاهيم الموجودة في علم الاجتماع بحيث أصبحت الدراسة السلوكية أساس للدراسة الطبية.

وفي عام ١٩٦٠ بدأت برامج التدريب وبدأ علماء الاجتماع الطبي في توجيه برامج الأطباء لتدريبهم وتعليمهم.

وتعتبر دراسة العلاقات الاجتماعية التي تنشأ في المجال الطبي من أهم إسهامات علم الاجتماع في مجال الطب سواء العلاقة بين الممرضات أو بين المرضى والأطباء ومحاولة

ربط هذه العلاقة بالمكان الذي حدثت فيه هذه العلاقة وهـي المستـشفى. وكـذلك مـن إسهامات علم الاجتماع الطبي في مجـال الطـب دراسـة العلاقـة بـين بعـض المـتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسيكولوجية بالصحة والعقلية أو ببعض الأمراض كأمراض القلب والسرطان.

ونستطيع أن نحصر إسهامات علم الاجتماع في المجال الطبي فيما يلي:

١. دراسة الأسباب التي من أجلها يبحث الأفراد عن المساعدة الطبية حيث استطاع المدخل السوسيولوجي هنا إمدادنا بمعرفة نظرية حول هذه الأسباب مما أدّى إلى تقدم طبيعي في هذا المجال.

٢. دراسة المريض ليس باعتباره كَمْ مهمل أو غير معروف ولكن دراسته كإنـسان كامـل (أي دراسـة المـريض ككـل متكامـل يتكـون مـن تركيبـات عـضوية وسوسيولوجية ونفسية والطبيب محتاج إلى دراسة كل هذه التركيبات من أجل معرفة سبب المرض وكيفية علاجه.

٣. اهتمام المدخل السوسيولوجي بسلوك المرض والتي درس فيها القيم والمعـايير التي تحيط بالمرض والفعل المناسـب الـذي يتخـذه المـريض إزاء شعوره بهـذا المرض.

وإذا تحدثنا هنا عن أنماط سـلوك المـرض نجـد أن هـذه الأنمـاط لا تتعلـق بالحالـة العضوية للمريض فقط وإنما لها اتصال كبير بحالته الاجتماعية والتعليمية مثل خـبرات الطفولة والممارسات غير الرسمية التي تعلمها في حياته حيث أن هذه العوامل لها تـأثير كبير على تحديد نمط سلوك المرض.

والمعرفة النظرية في هذا المجال تمكن الأطباء من مقابلة احتياجات مرضاهم بطريقة ملائمة وكافية، كما أنها تساعدهم على فهم القيم والمعايير التي تحيط بـسلوك المـريض حتى تمكنهم معالجة هذه الأسباب.

٤. تحليل العلاقة بين الطبيب والمريض، وقد أكد علم الاجتماع على أن دور الطبيب هو الاهتمام بعناية ورعاية مريضه والاهتمام باحتياجاته الاجتماعية والتي تؤثر على حدوث المرض بطريقة ما.

كما أكد علماء الاجتماع على أن العلاقة بين الطبيب والمريض تلعب دوراً فعالاً في نتيجة العلاج.

٥. دراسة تنظيم نسق العناية الطبية (التنظيمات الطبية).

يمكن فهم التنظيم الطبي وتحديده عن طريق الأدوار المختلفة الرسمية التي يضمها هذا التنظيم كالطبيب الذي يشخص ويعالج المرض، والمريض الذي يتعاون مع الطبيب في ذلك، والممرضات المسؤولات عن الجوانب العملية للعناية بالمريض.

ودور علم الاجتماع في ذلك هو أنه يساهم إلى حد كبير في فهم هذا التنظيم وإعطاء صورة واضحة عنه وفهم طبيعة الأدوار الرسمية وغير الرسمية التي تنشأ بين الجماعات في هذا التنظيم حتى تعمل على استقراره والقيام بواجباته على أتم صوره.

كما يتركز دور علم الاجتماع في دراسة العلاقات الاجتماعية داخل هذا المجال وأثر هذه العلاقة على التطور في المجال الطبي.

٦. دراسة العوامل الاجتماعية التي قد تكون سبب من أسباب المرض حيث أن العوامل الاجتماعية لها دور فعّال في حدوث كثير من الأمراض وإذا حاولنا حصر العوامل الاجتماعية التي قد تكون سبب في المرض نجدها تنحصر فيما يلي:

أ) الطبقة الاجتماعية: فالحالة الاجتماعية والاقتصادية التي ينتمي إليها الفرد قد تكون سبب من أسباب مرضه حيث أن الصحة مرتبطة ببعض العوامل المتعلقة بهذه الحالة مثل الطعام والماء والهواء ومدى صحة المنزل، وهذه العوامل تؤثر إلى حد كبير في العناية الصحية وتجنب المرض والتعرض له.

ب) الثقافة: من الأسباب الهامة للمرض أيضاً الثقافة التي ينتمي إليها الفرد والتي تشمل القيم والمعتقدات.

ج) البناء الاجتماعي: ويؤثر البناء الاجتماعي إلى حد كبير في انتقال الأمراض المعدية، كما أن العوامل الاجتماعية والنفسية تؤثر إلى حد كبير في ظهور الأمراض وفي جعل الفرد أكثر أو أقل عرضة للمرض.

فعلم الاجتماع يقوم بدراسة هذه العوامل الاجتماعية والنفسية التي تؤثر في ظهور المرض حتى يحاول تجنبها والقضاء عليها، ومن هذا فهو إلى جانب التقدم الطبي يستطيع القضاء على أسباب الأمراض.

٧. التمييز بين التعب والمرض حيث أشار علم الاجتماع إلى أن التعب يشير إلى متاعب ذاتية نتيجة الاستياء أو سخط الأفراد، أما المرض فهو يشير إلى علاقات وأعراض، والسلوك الذي يظهر من وجهة نظر الطبيب على أنه مرضي غير عادي والتي تجعل الطبيب يقوم بإجراءات علاجية من أجل مساعدة المريض.

ثانياً: دور رجل الاجتماع الطبي:

ارتبط تطور علم الأمراض النفسية وعلم الصحة العامة والطب الإداري والطب الأكاديمي بتقدم علم الاجتماع. ويقوم المتخصصون في علم الاجتماع الطبي بتعليم طلاب الطب برامج متخصصة في علم الأمراض الوبائية الاجتماعية، وعلم الصحة العامة، وعلم إدارة المستشفيات، وقام أعداد من المتخصصين في علم الاجتماع بأدوار في المراكز الطبية سواء في أقسام البحوث الطبية أو في كليات الطب والتمريض والأسنان أو الصحة العامة، وهم يقومون بوصف وتفسير النسق العائلي والجماعات والنظم وأدوارها والتنظيمات الاجتماعية للمتخصصين في مجال الطب. كما أنهم يسهمون في مجالات طب المجتمع المحلي والتي تتمثل في الآتي:

١. دراسة أسباب الأمراض وأيدولوجيا الصحة.

٢. العوامل الاجتماعية التي تدخل في مجال الرعاية الصحية.

٣. علم اجتماع أنساق الرعاية الصحية وتنظيمها.

ويقوم رجل الاجتماع الطبي والأخصائي الاجتماعي بمساعدة الطبيب في علاج مظاهر المرض، وتخطيط إدارة برامج خدمة الأفراد، وتوطيد العلاقة بينه وبين المستشفى وتحسين أوضاعه بما يسمح بأن يكون عضواً نافعاً في المجتمع.

ثالثاً: علم الاجتماع الطبي والصحة:

يهتم علم الاجتماع الطبي بالتثقيف الصحي والجانب الاجتماعي في النظم الصحية والصحة الشخصية للدرجة التي جعلت بعض الأطباء الاجتماعيين ينادون بأن أفضل تسمية أن يطلق عليه "علم اجتماع الصحة" بدلاً من "علم الاجتماع الطبي"، ويعمل علم اجتماع الصحة على تحسين صحة المجتمع المحلي، ويبين مدى تأثير ذلك على التعليم والعمل ومستوى المعيشة والزواج والسكان، كما يبين تأثير هذه العوامل على صحة ونفسية الفرد.

ومن المظاهر الاجتماعية للصحة الآتي:

١. الدراسة البيئية للصحة الاجتماعية: إذ تعد الصحة مسؤولية اجتماعية داخل إطار الجماعة المحلية وخارجها حتى تستطيع الوصول إلى طرق يمكن بها مواجهة حل الحاجات الصحية، إن المجتمع المحلي لابد أن يشتمل على جماعات تتسم بالترابط والتفاعل إلى جانب اشتمالها على أفراد مؤمنين بالوظائف الموكلة إليهم في سبيل تحقيق الصالح العام. ويتطلب ذلك القدرة على التعرف على الجماعات المتباينة في المجتمع، كذلك فإن الإجراءات التي يقوم بها المجتمع للارتفاع بالمستوى الصحي تستلزم بالضرورة الاعتماد على الارتفاع بالمستوى الاجتماعي للناس، بمعنى أن الرعاية الصحية لا تكفي بل تسير جنباً إلى جنب مع الرعاية الاجتماعية.

٢. الأنماط الثقافية وتأثيرها على الصحة: تتعدد الثقافات داخل إطار المجتمع الواحد، ولكل منها درجة معينة في قدرتها على القبول أو رفض بعض القيم والاتجاهات والمعتقدات، وعلى ذلك وجب ان يضع أي برنامج صحي شامل تغيير هذه القيم والمعتقدات في المجتمع. ويتطلب البرنامج الصحي توعية الأفراد حيث أن تحسين صحتهم معناه زيادة رفاهيتهم وتحسين في مستوى معيشتهم، وأن الرعاية الصحية الطبية تقوم على أساس الإقناع والتعبير عن طريق الوسائل البصرية والسمعية التي تهدف إلى تنمية وتنشيط الأنماط الثقافية.

رابعاً: الدور الاجتماعي للطبيب والممرضة:

تعني مهنة الطب والتمريض بالنسبة للطبيب والممرضة من الناحية الاجتماعية أمور هامة هي:

١. أن يكون لديهما قدر من المعرفة النظرية المنسقة، والتي تعد أساس كل ما يؤدي من أعمال طبية وتمريضية وموجها لكل ما يتخذ من قرارات.
٢. أن يكون لديهما قدر من المهارات تستند إلى المعرفة النظرية ويمكنهما من تأدية خدمة جيدة للمرضى.
٣. أنهما ينتميان إلى جماعة مهنية يلقى قيمة ومكانة لدى الناس فيجب على الطبيب والممرضة أن يحافظا على مستواهما ونظامهما.
٤. يجب على الطبيب والممرضة أن يلما بالتغير الاجتماعي والظواهر والوقائع الاجتماعية التي تحدث خارج المستشفى وترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمرض، وبل وقد تكون سبباً له. إذ يفضل أن يسير كل من العلاج الطبي والعلاج الاجتماعي النفسي جنباً إلى جنب، ومعالجة المريض مع النظر إلى الظروف الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والثقافية التي عاش ويعشها والتي تؤثر في سير المرض وفي الاستفادة من العلاج وتحقيق الشفاء بل قد تكون وراءها عودة المرض وانتكاسة

أو فشل العلاج الطبي، كذلك فإن إلمام الطبيب والممرضة بهذه العوامل يساعد على التخطيط للنشاطات الترفيهية للمريض.

ومن المعروف أن معنى المرض يختلف من فرد إلى آخر، ويرتبط ذلك بمجموعة من العوامل المتداخلة التي تتصل بالجنس ونمو الشخصية، والضغوط البيئية والظروف الاجتماعية ودرجة العمر والنتائج النهائية للمرض، كما أن نضج المريض بما في ذلك عمره وخبراته تتدخل في تحديد استجابته نحو المرض لذلك وجب على العاملين في مجال الطب أن يلموا بكل ما يتعلق بالمريض من تاريخ المريض، واحتياجاته وجنسه، وعمره، وسلالته، ومهنته، وعاداته و... ليساعدهم ذلك على تشخيص وعلاج المرض العلاج الصحيح ومعرفة كيفية التعامل مع المريض.

مستقبل علم الاجتماع الطبي

مع تقدم الطب أصبح من الطبيعي أن يستخدم الأطباء بعض العلوم المتقدمة كنظام في العناية بالمريض بجانب العلم الطبي، وأصبح استخدام مناهج العلوم الأخرى وتطبيقها على الممارسة الطبية شيء طبيعي وذلك لوجود ارتباط واضح بين الجوانب التكنولوجية في الطب والعناية بالمريض حتى يحقق الطب أثره الفعال في معالجة المريض.

فالجسر بين العلم الطبي والممارسة العقلية للعناية بالمريض لا يتم إلا من خلال ما يعرف باسم فن الطب والذي يهتم بالجوانب الشخصية للعناية بالمريض وليس التكنيكية فقط، أي من خلال الاعتماد على منظور العلاج الجسمي والنفسي للمريض حيث أن سلوك الطبيب إزاء المرض من أهم العوامل الفعّالة في علاجه.

إذن فالطب كفن يعتمد على السمات الشخصية للطبيب أكثر من اعتماده على مهارته وعلى الفحوص الطبية التي يجريها للمريض، فهو يعتمد على قدرة الطبيب الشخصية على فهم المريض وإشعاره بأنه موجود إنساني، وأن العناية بالمريض تحتاج من

الطبيب معرفة بالجوانب الاجتماعية والسيكولوجية للمريض، أي أنها تحتاج من الطبيب إلى فهم ومعرفة أثر البيئة الاجتماعية والثقافية والعائلية على المريض، ففن الطب يرتكز إذن على معرفة الطبيب والاهتمام والمهارة في التعامل مع كثير من الجوانب السيكولوجية للمريض.

وهناك الكثير من الآراء النظرية التي تؤكد على أهمية فن الطب في رضا المريض عن العناية التي تقدم له طبياً، ولقد وجد أن سلوك الطبيب تجاه مريضه له أكبر الأثر على رضا المريض، حتى أن عدم رضا المريض غالباً ما يرجع إلى عوائق الاتصال بينه وبين طبيبه، وتشمل هذه العوائق عدم كون الطبيب صديق للمريض، أو فشل الطبيب في أن يضع في اعتباره الاهتمام بتوقعات المريض، أو أنه يفشل في تفسير تشخيص المرض وأسبابه بطريقة واضحة للمريض حيث أنه يستخدم كثير من المصطلحات الطبية المعقدة التي يتعذر على المريض فهمها. ولذلك إذا وجدنا أن هناك عجز في استخدام ما يعرف باسم فن الطب سنجد أن المريض سيتحول تلقائياً من البحث عن متخصص طبي إلى البحث عن معالج آخر غير طبي لأجل الحصول منه على العناية الشخصية المناسبة له.

فإذا كان الطب بمعناه العادي يمثل مجموعة العلوم البيولوجية المرتبطة به، ولكن الطب كفن فهو قريب الصلة بالعلوم الاجتماعية، ففن الطب يعني "استخدام كل من الممارسة الطبية والعلاقات الاجتماعية في العناية بالمريض"، ولقد كان استخدام الطب التكنيكي والاجتماعي ليس بشكل جديد على الطب غير أن هناك الكثير من الأبحاث الحديثة تجري لمعرفة أثر الجانب الاجتماعي في الطب حيث يتم المقارنة بين بعدين من أبعاد العناية بالمريض.

أولاً: البعد الآلي وهو يشمل الجوانب التكنيكية التي يستخدمها الطبيب في معالجة المريض مثل الاختبارات المعملية والفحوص وكل ما يتصل بتشخيص المرض وعلاجه.

ثانياً: البعد التعبيري وهو يمثل الفن ويشمل المكونات العاطفية والاجتماعية لتفاعل الطبيب مع المريض، ويشمل أيضاً السلوك الشخصي الذي يسلكه الطبيب إزاء معاملته للمريض وهو يشمل الأدب والاحترام والحنان وإعادة تطمين المريض وتحقيق الرفاهية الضرورية له وفهمه.

ولقد وجد أن البعد الثاني يكون له أثر على رضا المريض عن العناية الطبية وعلى تعاون المريض مع الطبيب في نظم العلاج أكثر من البعد الأول، ومن هنا فإن فن الطب يجب أن يشمل البعدين معاً الآلي والتعبيري من أجل الوصول إلى عناية طبية ملائمة للمريض.

وإذا كان علم الاجتماع يتعامل مع جوانب مختلفة للحياة الاجتماعية مثل العمل والصناعة والسكان و... فإنه يتعامل أيضاً مع مجال الصحة وهذا بالطبع يتطلب من الأبحاث التي تجرى في مجال علم الطب الاجتماعي بضرورة تطبيق مناهجها على المجال الطبي، ويتطلب أيضاً من العاملين في المجال السوسيولوجي ضرورة التعاون مع العاملين في المجال الطبي من أجل التوصل إلى طرق ملائمة لدراسة الموضوعات في المجال الطبي.

وبالنظر إلى علم الاجتماع الطبي نجد أنه ذو علاقة أكثر باهتمام الإداريين في مجال الصحة والخدمات الصحية فقط، ولذلك نجد أن عدد قليل فقط من الأطباء هو الذي يطلع على المعلومات التي توصل إليها علم الاجتماع الطبي.

والسؤال المطروح هو ما الذي يجب على علماء الاجتماع عمله إزاء هذا؟ فنجد: يحتاج علماء الاجتماع إلى تقديم أبحاث مستمرة في مجال علم الاجتماع الطبي، وهذه بالطبع تعتبر وظيفة تقليدية للعاملين في مجال الجامعات والذين يهتمون بدراسة فرع علم الاجتماع الطبي داخل علم الاجتماع العام.

الوحدة الثالثة

مفاهيم في علم الاجتماع الطبي

- الصحة والمرض
- مجالات الصحة العامة وميدانها
- الأمور المعيقة لخدمات الصحة
- التربية الصحية مفهومها ومجالاتها وأهدافها
- العوامل المؤثرة في الصحة
- الرعاية الصحية وأهميتها للفرد والمجتمع
- منظمات الصحة الوطنية والدولية والخدمات الصحية في الأردن
- الأبعاد الثقافية للخدمة الصحية
- الأبعاد الاجتماعية للخدمة الصحية



العوامل المؤثرة في الصحة

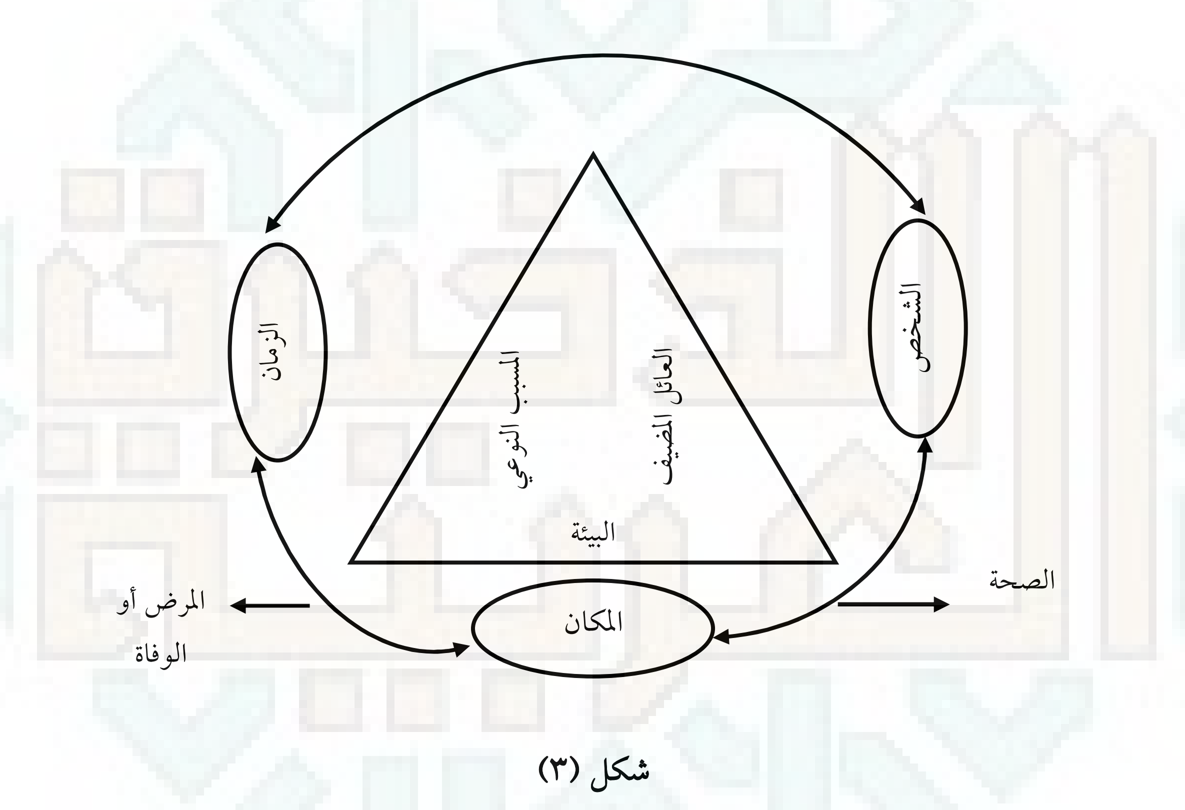
مقدمة:

يعتقد العاملون في مجال الصحة العامة بمصداقية النظرية الحديثة وهي نظرية الأسباب أو المؤثرات المتعددة للمرض (**Multiple Causes**) والتي تقول أن حدوث المرض أو درجة الحالة الصحية للفرد أو المجتمع هي نتيجة تفاعل عدة عوامل (مؤثرات أو أسباب) يعمل كل منها في اتجاه معين قد يكون إيجابياً ليمنع حدوث المرض أو سلبياً ليساعد على حدوث المرض وبذلك تدحض هذه النظرية الحديثة ما ورد في نظرية السبب الواحد (**Single Cause**) القديمة التي كانت تفترض أن المرض ينتج عن سبب (عامل أو مؤثر) واحد هو المسبب النوعي (**Agent**).

وبناء على النظرية الحديثة فإن المستوى الصحي في أي وقت هو بمثابة محصلة أو نتيجة للتفاعل بين عوامل عديدة فمثلاً حدوث مرض السل (التدرن)ينتج عن تفاعل بين ميكروب السل **Agent** (المسبب النوعي) والعوامل المتعلقة بنشاط ووجود هذا الميكروب من ناحية وبين الإنسان **Host** (العائل المضيف) والعوامل المتعلقة بهذا الإنسان من ناحية أخرى وكذلك فإن التفاعل برمته يتأثر بالبيئة **Environment** التي تحيط بالميكروب وبالإنسان والتي قد تعمل عواملها (البيئية) بجانب (لصالح) أحدهما، فإذا كانت بجانب (لصالح) ميكروب السل يحدث المرض وإذا كانت بجانب (لصالح) الإنسان لا يحدث المرض ويتغلب الإنسان على الميكروب ويحافظ على حالته الصحية.

لذا لابد لنا من دراسة مفردات (عوامل) العلاقة الثالوثية المتبادلة بين الأعمدة الأساسية الثلاثة **3 Pillars** لوبائية المرض وهي المسبب النوعي، العائل المضيف والبيئة، وتوضيح ماهية المؤثرات السلبية والإيجابية التي تعمل مع أو ضد كل منها وتؤثر

في نتيجة التفاعل المشترك بينها وبين المتغيرات الثلاثة **3 Variables** وهي المكان والزمان والشخص على النتيجة أو المحصلة والتي إما أن تكون الصحة أو المرض أو الوفاة كما في الشكل (٣) والذي يبين أن عجلة المتغيرات تدور حول الأعمدة الأساسية وأن المحصلة هي إما الصحة في جانب الشكل أو المرض أو الوفاة في الجانب الآخر.



شكل (٣)

وغني عن القول أن المتغيرات الثلاثة الزمان **The Time**، المكان **The Place** والشخص **Person** لكل منها دوره في تحديد نوع المرض ومعدل انتشاره والحالة الصحية السائدة بين أفراد المجتمع في أحد فصول السنة وفي منطقة معينة، من ذلك ما يلاحظ من انتشار أمراض الرشح والزكام بين الأشخاص في المنطقة الجبلية في فصل الشتاء وكذلك حالات الإسهالات في فصل الصيف بين الأشخاص وخاصة الأطفال في المناطق الحارة... الخ.

ويتضح لنا مما تقدم أن العوامل المؤثرة في الصحة (الحالة الصحية للفرد أو المجتمع) هي:

أولاً: العوامل المتعلقة بالمسبب النوعي للمرض Agent Factors: وهي إما أن تكون:-

أ- عوامل تتعلق بالمسبب النوعي الحيوي **Biological Agent** مثل البكتيريا، الفطريات، الفيروسات، الطفيليات... الخ من الكائنات الحية التي تسبب الأمراض للإنسان وهي:

١- الصفات الوراثية المميزة للمسبب النوعي الحيوي **Inherited Characters** مثل الشكل، التكاثر، التغذية وتكوين البوغات **Morphology**، ومقدرته على إحداث المناعة والأجسام المضادة في جسم العائل المضيف عند غزوه **Antigenicity** وقوته أو تحمله على العيش في البيئة خارج جسم العائل المضيف **The viability** وثبات التكوين الجيني له **The Genetic Stability** وحساسيته للأدوية **Susceptibility**.

٢- تفاعل (علاقة) المسبب النوعي الحيوي مع العائل المضيف: **Agent – Host Relationship** مثل قابليته للدخول والعيش والتكاثر داخل جسم العائل المضيف **The infectivity** ومقدار الجرعة اللازمة منه لبدء المرض في العائل المضيف **The dose of infection** ومقدار قابليته لإحداث المرض في العائل المضيف بعد غزوه (الإمراضية) **Pathogen city** وقدرته على إحداث العدوى (الدخول والغزو) **Virulence** وأخيراً مقدار أو مدى قابليته لعدوى الإنسان أو الحيوان أو الاثنين معاً **Host Range**.

٣- تفاعل (علاقة) المسبب النوعي الحيوي مع البيئة **Agent – Environment Relationship** مثل مدى انتشار المسبب

النوعي في البيئة The prevalence of the agent فقد يتواجد بشكل دائم متوطن **Endemic** أو بشكل وبائي كثير العدد **Epidemic** أو على شكل مجموعات متناثرة **Sporadic** ثـم مقـدار تحملـه للعـيش في البيئـة خـارج مستودع تواجده **The viability of the agent outside the reservoir.**

ب-عوامل تتعلـق بالمـسبب النـوعي غـير الحيـوي **Non – Biological Agent** وهي:

١. العوامل الطبيعية **Physical Factors** مثل ارتفاع أو انخفاض درجة الحرارة، الضوء، الضجيج، الكهرباء، الإشعاعات، الاهتزازات، الضغط الجوي.

٢. العوامل الكيميائية **Chemical Factors**: وهي إما أن تكون من مصدر خـارجي وتـدخل للجـسم **Exogenous** أو أن تتكـون داخـل الجـسم **Endogenous** كما في حالات التسمم البولي.

٣. العوامل الغذائية **Nutritive Factors** كزيادة أو نقص بعـض العناصـر اللازمة للجسم من غذاء وماء وأكسجين... الخ.

٤. العوامل الفسيولوجية **Physiological Factors** كما في حالات اختلال التوازن الهرموني واختلال التمثيل الغذائي وأمـراض الـشيخوخة كنتيجـة للتقدم في العمر.

٥. الإصـابات أو العوامـل الميكانيكيـة **Mechanical Trauma** كمـا في الحوادث بأنواعها والحرائق والرياح والزلازل والفيضانات... الخ.

٦. العوامل النفسية **Psychological Factors** كنتيجة لضغط الحياة الحديثة من قلق وتوتر وصدمات عاطفية وعدم الشعور بالأمان والاستقرار في العمل... الخ.

ثانياً: العوامل المتعلقة بالعائل المضيف: Host Factors

مثل:

١-العمر Age حيث هناك أمراض خاصة تنتشر أكثر بين الأطفال وأخرى بين الكبار في السن.

٢-الجنس Sex هناك أمراض أكثر انتشاراً بين الإناث وأخرى بين الذكور.

٣-العرق البشري (العنصر) Race كالعرق الأصفر والقوقازي... الخ كل منهم له أمراضه الخاصة.

٤-المهنة Occupation كل مهنة تتميز بأمراض معينة (صحة مهنية).

٥-الديانة Religion حيث المناسبات والاجتماعات والعادات لها مردود معين على الصحة.

٦-المستوى الاقتصادي والاجتماعي للفرد Socio – Economic Factors وهذا يرتبط بالمستوى التعليمي والثقافي ومقدار الدخل المالي ووضع الفرد الاجتماعي في المجتمع الذي يعيش فيه.

٧-العامل الوراثي Inhered Factors خاصة التركيب الجسماني والجهاز العصبي والجهاز المناعي الطبيعي.

ثالثاً: العوامل المتعلقة بالبيئة Environment Factors:

وتشمل:

١- عوامل البيئة الطبيعية Physical Environment: مثل التوزيع الجغرافي للمساكن ومدى ازدحامها وتوفر الخدمات فيها (مدن، ريف بادية، مخيمات، معسكرات... الخ). والوضع الجيولوجي للمنطقة (سهول، صحاري، جبال... الخ). والعامل المناخي للمنطقة (باردة، معتدلة، حارة... الخ).

٢- عوامل البيئة البيولوجية **Biological Environment** حيث تتحكم في نوع الكائنات الحية التي توجد فيها كأن تكثر الحيوانات أو الحشرات أو النباتات أو الطيور أو جميعها معاً أو قد تكون صحراء خالية من الكائنات الحية وتحدد نوع المهنة (رعي، زراعة، صناعة) والأمراض.

٣- عوامل البيئة الاقتصادية والاجتماعية **Socio – Economic Status** فقد تكون هذه البيئة فقيرة اقتصادياً ومتدنية في مستواها الاجتماعي والاقتصادي (أحياء فقيرة ومخيمات... الخ) وتنتشر فيها الأمراض المعدية خاصة تلك الناتجة عن قلة النظافة الشخصية والعامة وفي الجانب الآخر فإن المناطق المتحضرة والغنية وذات المستوى الاجتماعي العالي لها أمراضها والأكثر انتشاراً فيها والخاصة بها مثل أمراض السمنة والنوبات القلبية وارتفاع ضغط الدم والكوليسترول وحوادث السير والانتحار والإدمان... الخ.

ولا يفوتنا أن ننوه بالدور الهام الذي يوكل للخدمات الصحية وضرورة توفرها وسهولة الوصول إليها جغرافياً وسهولة الحصول عليها مالياً وكفاءتها الفنية وشمولها لجميع أفراد المجتمع (تأمين صحي شامل) بدءاً من تحصين الأطفال والحوامل بالمطاعيم والأمصال وانتهاءً بالخدمات العلاجية المتقدمة في المستشفيات كما سيأتي تحت عنوان الرعاية الصحية ومكافحة الأمراض.

الرعاية الصحية وأهميتها للفرد والمجتمع:

الرعاية الصحية Health Care:

بشكل عام هي الإجراءات أو الخدمات الصحية والطبية وغيرها الضرورية للوقاية من الأمراض ومنع حدوثها والاكتشاف المبكر والعلاج الفوري لما يحدث منها ومكافحتها للحد من انتشارها وبعد ذلك علاج المضاعفات الناتجة عن الإصابة بها وتأهيل الفرد (أو أفراد المجتمع) بعد الشفاء الجسدي ليصبح قادراً على العمل والإنتاج

معتمداً على نفسه وليس عالة على المجتمع ويمكن أن تتم الرعاية في واحد أو أكثر من المستويات الأربعة التالية:

أولاً: الرعاية الصحية الأولية أو الأساسية **Primary Health Care** (المستوى الأول):

وهي الإجراءات التي تهدف إلى ترقية الصحة وتقويتها والوقاية الخاصة أو النوعية للفرد من خلال المباعدة بين الإنسان والعوامل أو المسببات النوعية المباشرة للمرض في ظل صحة سليمة.

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية لذلك في الإعلان الذي تم في مدينة آلما آتا في كازاخستان عام ١٩٧٨ على أنها تلك الرعاية التي تعتمد على وسائل وتقنيات صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً وميسرة لكل الأفراد والأسر في المجتمع من خلال مشاركتهم التامة وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها، وهي المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي الوطني وهي تقرب الرعاية الصحية بقدر الإمكان إلى حيث يعيش الناس ويعملون وتشمل على الأقل العناصر التالية:

١- التثقيف بشأن المشاكل الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها.

٢- توفير الغذاء وتعزيز التغذية الصحية.

٣- الإمداد الكافي بالمياه النقية للشرب والإصحاح الأساسي (تصريف الفضلات الصلبة والسائلة والغازية).

٤- رعاية الأم والطفل بما في ذلك تنظيم الأسرة.

٥- التحصين ضد الأمراض المعدية والرئيسية (بالمطاعيم والأمصال).

٦- الوقاية من الأمراض المتوطّنة محلياً ومكافحتها.

٧- العلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة.

٨- توفير العقاقير الأساسية.

الجهات أو القطاعات التي تقدم هذه الرعاية هي:

أ- القطاع الصحي: ويمثل رأس الحربة في هذا المجال ويقوم بدوره من خلال أفراد الفريق الصحي من أطباء، صيادلة، تمريض وقبالة، مهن صحية مساعدة عديدة وذلك في العيادات والمراكز الصحية وأقسام الإسعاف والطوارئ والفرق الصحية المتجولة... الخ.

ب- القطاعات المساندة الأخرى: مثل قطاع المياه والري والزراعة وخدمات البلديات والبيئة والتموين والدفاع المدني والتخطيط والإدارة في الدولة، وقادة المجتمع المحلي.

مما يعني أن الرعاية الصحية الأولية مسؤولية مشتركة بين جهات رسمية وشعبية (مشاركة المجتمع).

ثانياً: الرعاية الصحية في المستويين الثاني والثالث:

Secondary & Tertiary Health Care

ونعني بها تقديم العلاج للحالات المرضية والإصابات التي تحتاج لرعاية طبية غير متوفرة أو غير كافية في المستوى الأول، وفي هذه الحالة تقع المسؤولية كاملة على كاهل القطاع الصحي الذي يقدم خدماته من خلال أفراد الفريق الطبي في المراكز الصحية الشاملة والمستشفيات العامة (لكل الأمراض) والمستشفيات التخصصية (لأمراض معينة).

وتهدف الرعاية في هذين المستويين للاكتشاف المبكر والعلاج الكافي والمناسب للمرضى لاستعادة صحتهم والشفاء والحد من المضاعفات الجسدية والعقلية للمرض **Restoration** مثل منع حدوث قصر أو ضمور في الأعضاء نتيجة الشلل الدماغي.

ثالثاً: الرعاية الصحية والتأهيلية في المستوى الرابع **(Q. Level) Rehabilitation**

وهي الرعاية التي يحتاجها المصاب بعد ثبوت واستقرار الحالة الصحية (الجسدية والعقلية) عند مستوى معين من درجات الصحة من الناحية التشريحية والناحية الوظيفية،

وتهدف إلى الحد من المضاعفات الاجتماعية والاقتصادية للشخص المصاب والتي تنتج عن المضاعفات الجسدية والعقلية (العجز أو العاهة) التي تركها المرض وتشتمل على الرعاية الطبية والنفسية والاجتماعية والمهنية بغرض أن يتمكن من الاعتماد على نفسه في معيشته وأن لا يظل عالة على غيره من أفراد أسرته ويصبح فرداً منتجاً في مجتمعه.

وتتم هذه الرعاية في المؤسسات الصحية والتعليمية والاجتماعية والمهنية المتخصصة... الخ.

أهمية الرعاية الصحية للفرد والمجتمع:

ونعني بها المردود الإيجابي لخدمات الرعاية الصحية المقدمة للفرد وللمجتمع، تلك الخدمات التي تعمل على تخفيض المعدلات المذكورة أدناه وتحسين نوعية الصحة والحياة في المجتمع وهي:

١- معدل الوفيات الخام (وفيات السكان من جميع الأعمار) Crude Death Rate

٢- معدل الوفيات بين الأطفال الرضع Infant Mortality Rate

٣- معدل وفيات الأمهات الناتجة عن الحمل والولادة. Maternal Mortality Rate

٤- معدل الوفيات من الأمراض النوعية والإصابات (التدرن، الإسهال، حوادث السير، الحرائق... الخ). Specific Death Rate

٥- المعدلات العامة للإصابة والانتشار بالأمراض الحادة والمزمنة. Morbidity Rates

٦-المعدلات النوعية للأمراض النوعية (كل مـرض على حده مثل التدرن، السرطان... الخ). **Specific Morbidity Rates**

٧- معدل العجز والإعاقة بين السكان. **Handicappe Person Rate**

٨- معدل الانحراف والجريمة في المجتمع. **Abnormal Behavior & Crime Rate**

٩- معـدلات الطـلاق والإهمـال وتفكـك الأسـرة (المشاكل الأسرية) **Interfamilial Problems Rates**

١٠- الإدمان على التدخين والمخدرات وغيرها **Addiction**

١١- معدل انتشار الفقر **Poverity Prevelance Rate**

١٢- معدل انتشار الأمية بين السكان. **Illiteracy Prevelance Rate**

وأخيراً وليس آخراً فإن خدمات الرعاية الصحية تعمل على:

١٣- تنظيم معدلات المواليد والخصوبة **Planning of Births & Fertility Rates**

١٤- زيادة معدلات توقع الحياة (طول العمر المتوقع) **Life Expectancy**

منظمات الصحة الوطنية والدولية والخدمات الصحية في الأردن

Int. & Nat. H. Organization & Health Services in Jordan

تقدم خدمات الرعاية الصحية في الأردن من خلال نشاطات تقوم بها منظمات أو هيئات أو جهات وطنية وأخرى دولية تشارك فيها بطريقة مباشرة أو بطريقة غير مباشرة، ويمكن التعرف إليها على النحو التالي:

أولاً: الجهات أو المنظمات الصحية الوطنية التي تقدم الخدمة بطريقة مباشرة في الأردن

Direct National Health Providers in Jordan

١- وزارة الصحة (M.O.H): تقدم هذه الوزارة خدماتها في المستويات الأربعة للرعاية الصحية مع التركيز على المستوى الأول (الوقائي) وبدرجة أقل على المستويات الأخرى، وتعمل هذه الخدمات بموجب أنظمة إدارية وتعليمات للتأمين الصحي المدني حيث تقدم خدماتها لكافة المواطنين من خلال عيادات ومراكز صحية ومستشفيات وفرق متجولة... الخ تشرف عليها مديريات للصحة في محافظات وألوية المملكة. كما أن هذه الوزارة مكلفة بمراقبة تطبيق قانون الصحة العامة الذي سيرد ذكره لاحقاً.

٢- الخدمات الطبية الملكية (R.M.S): وهي خدمات صحية وطبية تعمل بموجب نظام تأمين صحي عسكري للمشتركين والمنتفعين من أفراد الجيش والأمن العام بفروعه والدفاع المدني ولعائلاتهم وكذلك للمحوّلين من منتفعي ومشتركي نظام التأمين الصحي المدني والحالات الأخرى التي تحتاج لرعاية طبية متقدمة متخصصة في المستوى الثالث، علماً بأن هذه الخدمات تعمل في المستويات

الأربعة للرعاية الصحية من خلال مراكز صحية ومستشفيات تابعة لمديرية الخدمات الطبية الملكية في القيادة العامة للقوات المسلحة الأردنية.

٣- المستشفيات الجامعية University Hospitals: يقوم مستشفى الجامعة الأردنية/ عمان ومستشفى الملك عبد الله المؤسس/ إربد بتقديم خدمات الرعاية الصحية والطبية لكافة المواطنين والوافدين بموجب نظام وتعليمات خاصة للتأمين الصحي للمنتفعين بالخدمات... الخ وتتركز هذه الخدمات في المستويات (الثاني والثالث) وبدرجة أقل في المستويين الأول والرابع.

٤- القطاع الطبي الخاص Private Section: الذي يقدم خدماته في عيادات ومراكز صحية ومستشفيات تكون تابعة لأشخاص أو شركات أو جمعيات خيرية أو بعثات تبشيرية وهو مفتوح لكل مواطن أو وافد مقابل دفع التكلفة المالية ويعمل في كل مستويات الرعاية الصحية الأربعة.

٥- وزارة التنمية الاجتماعية (M.O.S.D): حيث تساهم في رعاية بعض ذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقين) من خلال مراكز تأهيل تابعة لها.

٦- وزارة العمل (M.O.L): حيث تقدم خدمات صحية للعمال الذين يعملون بموجب قانون العمل في عيادات عمالية تابعة لها وبالتحويل إلى مستشفيات القطاع الخاص والإشراف على لجان طبية متخصصة للتعويض عن حالات الأمراض المهنية وإصابات العمل.

ثانياً: المنظمات أو الجهات الوطنية التي تقدم خدمات صحية مساندة بطريقة غير مباشرة في الأردن Indirect National Health Providers in Jordan:

١- وزارة الزراعة (M.O. Agr): حيث تعمل أجهزة هذه الوزارة ممثلة بمديرية البيطرة على مكافحة الأمراض التي تصيب الحيوانات وتنتقل للإنسان، وكذلك تعمل على تطعيم المواشي وعلاج المصابة منها لمنع انتشار الأمراض

المشتركة بين الإنسان والحيوان (Zoonotic Diseases) مثل الحمى المالطية، داء الكلب، التدرن البقري... الخ. كما تعني هذه الوزارة بعدم تلوث البيئة بالمبيدات المستعملة في وقاية النباتات.

٢- وزارة المياه والري (M.O.W & Irreg): تقوم سلطة المياه التابعة لهذه الوزارة بتزويد السكان بالمياه الصالحة للشرب، وكذلك تزويد المناطق السكنية بشبكة للصرف الصحي للمياه العادمة ومعالجتها في محطات التنقية للحد من تلوث المزروعات التي تدخل في طعام الإنسان (تصريف صحي للفضلات السائلة الآدمية والصناعية) ومنع تلوث البيئة.

٣- وزارة البلديات والبيئة (M.O.M & Environment): تعمل هذه الوزارة من خلال البلديات والمجالس المحلية على جمع وتصريف الفضلات الصلبة (الآدمية والصناعية) بطرق صحية، وكذلك تقوم الهيئات المحلية (أمانة عمان، البلديات، المجالس المحلية) بمكافحة الحشرات والقوارض الناقلة للأمراض، وتقوم المديريات العامة للبيئة في هذه الوزارة على تطبيق قانون البيئة والمشاركة في نشاطات صحة البيئة مع وزارة الصحة والهيئات الدولية... الخ.

وأخيراً وليس آخراً إن لهذه الوزارة والمجالس التابعة لها دور هام في تخطيط المدن وتحديد المناطق الصناعية والحرفية بغرض منع تلوث البيئة والهواء بشكل خاص وحماية السكان من الضجيج والمكاره الصحية الأخرى.

٤- وزارة الداخلية (M.O.I.A): تقوم إدارة السير بمتابعة تطبيق قانون السير للحد من وباء حوادث الطرق وما ينتج عنها من آثار مدمرة على صحة الإنسان (موت، إعاقات... الخ) ومن خسائر صحية ومالية واجتماعية كما سيرد لاحقاً.

٥- المجلس الصحي العالي (H.C.O.H): يتكون المجلس الصحي العالي من كبار رجالات الدولة والجهات الصحية والجامعات وهو العقل المخطط والمنسق للخدمات الصحية في المملكة وفي جميع قطاعاتها.

٦- المجلس الطبي الأردني (J.M.C) هيئة تعني بشؤون الأطباء الفنية وتـدريبهم وتقييم مستوياتهم المهنية وترخيصهم قبل مزاولتهم المهنة ويتم ذلك بالتنسيق والتعاون مع نقابة الأطباء.

٧- النقابات المهنية (S.A): تشارك نقابات الأطباء والصيادلة والأطباء البيطريين والمهندسين وأطباء الأسنان، والتمريض.. الخ في العناية برفع كفاءة منتسبيها الذين يشكلون العمود الفقري للفريق الصحي حيث: تشرف هذه النقابـات على تطبيق القوانين والتعليمات والمعايير والمقاييس التي تعود بمردود إيجـابي على الصحة العامة في الأردن.

ثالثاً: المنظمات أو الجهات الصحية الدولية التي تشارك في تقـديم خـدمات صحية في الأردن International Health Provideres in Jordan

تعمل هذه المنظمات أو الهيئات بطريقة مباشـرة وبطريقـة غـير مباشـرة في تقـديم خدمات الرعاية الصحية في الأردن ولكل منها دوره الخاص علماً بأنها منبثقة جميعها عن هيئة الأمم المتحدة وهي:

١- وكالة الغوث الدولية UNRWA: تقتصر خدماتها الصحية على اللاجئين من أبناء فلسطين في الأردن ومعظمهم يعيش في المخيمات (البقعة، حطين... الخ) وتركز هذه الوكالة على المستوى الأول (الوقائي) للرعاية الصحية ولها عيادات ومراكز صحية وليس لها مستشفيات.

٢- منظمة اليونيسف لرعاية الطفولة UNICEF: وتعني بـصحة الأطفـال وتقـدم المطاعيم والأمصال للأطفال والأمهات الحوامل وكذلك الدعم الغذائي والمالي أحياناً للمحتاجين من هذه الفئـة مـن الـسكان بالإضـافة للتثقيـف والتوعيـة الصحية ودعم مراكز وخدمات الأمومة والطفولة في وزارة الصحة.

٣- مكتب منظمة الصحة العالمية W.H.O: هناك مكتب يضم مدير وجهاز إداري في عمان / الأردن يعتبر ممثلاً لمنظمة الصحة العالمية مهمتـه الأساسـية تنـسيق

النشاطات والمشاريع الصحية الثنائية بين الحكومة الأردنية والمنظمة المذكورة وتقديم التوصيات والبرامج والخطط اللازمة لهذا التعاون.

٤- مكتب أنشطة صحة البيئة **CEHA:** هذا مكتب دولي آخر له دور هام في تخطيط وتنسيق وتنفيذ البرامج الثنائية لصحة البيئة (معالجة المياه، تصريف الفضلات... الخ) بالتعاون مع وزارة الصحة والوزارات المعنية في المملكة.

الأبعاد الثقافية للخدمة الصحية

مقدمة:

تلعب التربية دوراً مهماً في بناء الإنسان وتقدمه في المجتمعات على اختلافها، إلا أن هذا الدور يتفاوت من حيث فاعليته وتأثيره من فرد إلى آخر، ومن مجتمع إلى آخر، والتفاوت بين الأفراد والمجتمعات إنما هو اختلاف في الثقافة التي يعيشونها ويتفاعلون معها والتي تمثل هوية الفرد والمجتمع معاً.

وتعد الثقافة والمجتمع وجهان لعملة واحدة، وهما أمران متلازمان، فلا مجتمع بدون ثقافة، ولا ثقافة بدون مجتمع، ولكل مجتمع طريقة في الحياة تميزه عن غيره من المجتمعات البشرية، ويعتمد على الثقافة في تحديدها باعتبارها عملاً إنسانياً ونتاجاً تراكمياً يتضمن عمليات التدخل والتفاعل والتعديل.

ولابد من الإشارة أيضاً إلى أن التربية لا تعمل في فراغ، وإنما تستمد مقوماتها من ثقافة المجتمع، إذ لا تربية بدون أساس ثقافي تقوم عليه وأساس التربية يقوم على المحافظة على التراث الثقافي وتوجيهه وتنقيته وتحسين عناصره كي تضمن للمجتمع التقدم والنموّ والازدهار، وبهذا، تحفظ التربية الثقافة وتنقيها مما يعلق بها من عناصر سلبية خارجة عن روح الثقافة التي يعيشها الأفراد، وبذلك تزداد فاعليتها في تنمية السلوكات الإيجابية التي تشكل نقطة انطلاق الفرد نحو التفكير السليم والإبداع المثمر.

لقد حمل العصر الحاضر معه كثيراً من التغيّرات والتطوّرات وبخاصة التكنولوجية منها، والتي أثرت على المجتمع على نحو كبير، وأحدثت تغييرات واضحة فيه وفي ثقافته. ويمكن القول إنه لا يوجد مجتمع أو ثقافة بدون تغيير، فالتغيير ظاهرة طبيعية تخضع لها جميع مظاهر الوجود، وبعض هذا التغيير يكون نتيجة عوامل من داخل المجتمع نفسه، كحدوث ثورات اجتماعية أو سياسية، أو ظهور قادة أو مصلحين لديهم قوة التغيير، وغيرها، ويكون بعضه الآخر نتيجة عوامل خارجية تأتي عن طريق البيئة ذاتها والمخترعات والتكنولوجيا الحديثة، والانتشار الثقافي من خلال اتصال المجتمع وتفاعله مع غيره من المجتمعات. وغالباً ما يبدأ التغيير الثقافي في الجانب المادي للثقافة، أما الجانب المعنوي (غير المادي) فيدوم لفترات أطول، ويظل الأفراد في حالة من التمسك به والحنين إليه لارتباطه بجذورهم. إن هذه التغيرات المجتمعية والثقافية المتلاحقة تفرض على الفرد سرعة التكيف معها والذي لن يتم إلا إذا كان الفرد مسلحاً بنوع من التفكير والمعرفة يساعده على ذلك، ومن هنا يتوجب على المتعلّم أن لا يركز على المعرفة كقيمة في ذاتها (مع عدم إنكار أهميتها)، بل أن يركز على تسخيرها وتوظيفها ما أمكن من أجل تمكينه من إدراك ما يجري في حياته اليومية، وتفسيره وتحليله وانتقاده وإبداء الرأي فيه حتى تتحقق له أعلى درجات تكيفه مع بيئته وواقعه، والعمل على تحديثها بما يتناسب مع المستجدات المختلفة، إذ تلعب التربية دوراً بارزاً في هذا المجال.

ويشمل التغيير الثقافي ثلاث عمليات أساسية هي:

١. عملية التأهيل: وتعني اختراع أو اكتشاف عناصر جديدة في الثقافة.

٢. عملية الانتشار: وتعني استعارة عناصر جديدة من ثقافات أخرى.

٣. عملية إعادة التفسير: وتعني تهيئة عنصر قائم لمواجهة الظروف الجديدة.

ويرتبط التغيير الثقافي بالتربية في أنه مهما كانت الأسباب المؤدية لهذا التغيير وتعددت، فإن التربية تظل هي المسؤولة عن إحداث هذا التغيير، وبالتالي فإن من واجبها

قيادة هذا التغيير وضبطه وتوجيهه نحو تحقيق التقدم والتنمية، والإسهام في تلبية متطلبات التغيير. ويتطلب هذا أن تعمل التربية على ما يلي:

- إعداد الكوادر البشرية القادرة على التغيير وإدارته.
- مساعدة الأفراد على تنمية القدرات الإبداعية الخلاقة لديهم وتنميتها إلى أقصى درجة ممكنة.
- تنمية أساليب التفكير العلمي وطرق حل المشكلات، وتنمية قدرات الأفراد على النقد والتمحيص والتمييز.
- تنمية المسؤولية الخلقية والاجتماعية لدى الأفراد، وتشجيعهم على تحمل مسؤولياتهم في مواجهة التحديات التي تواجه مجتمعهم.
- مساعدة الأفراد على اكتساب مهارة اتخاذ القرارات.
- تنمية قدرة الأفراد على التكيف مع الظروف المتغيرة.
- ربط الفعاليات التربوية بعمليات التنمية وبرامجها في المجتمع.

مفهوم الثقافة وتعريفها:

تعتبر الثقافة الإطار والمضمون الفكري الذي يحدد للمجتمع سماته المميزة عن غيره من المجتمعات، إذ تحمل بين طياتها السمات الاجتماعية المتوازنة والمستجدة، وتعتبر أيضاً ثمرة النشاط الفكري والمادي الخلّاق والمرن لدى الإنسان. هذا وقد اختلف تعريف الثقافة تبعاً لاختلاف العلماء والمفكرين واهتماماتهم وأهدافهم وتخصصاتهم، ولكنها تعني في أغلب الاستعمالات اللغوية – الحذق والفطنة وسرعة أخذ العلم وفهمه. فكثيراً ما يقال بأن فلاناً مثقف، أي معنى متعلّم بدرجة عالية.

ويعبر عن الثقافة بالإنجليزية بلفظ (**Culture**)، وتعني الزراعة والاستنبات، أما أصل الكلمة فهو لاتيني، وتعني الزراعة أو فعل الزراعة، أو التمجيد والتعظيم، وقد استعملها اللاتينيون بمعنى الدرس والتحصيل العلمي. أما الأصل اللغوي لكلمة ثقافة في

اللغة العربية، فقد جاء من مصدر الفعل الثلاثي (ثقف) ثقافة: أي صار حاذقاً، وثقفه بالرمح: طعنه، ويقال ثقف الرمح أي قوّمه وسواه، وثقّف الولد: أي هذبه وجعله مهذباً.

وهنالك تعريفات مختلفة للثقافة نذكر منها ما يلي:

- أنها "الكلّ المركب الذي يشتمل على المعارف والعقائد والفنون والأخلاق والقوانين، وجميع المقومات والعادات الأخرى التي يكتسبها الإنسان باعتباره عضواً في جماعة". (تعريف تايلور).
- أنها "كل ما صنعته يد الإنسان وعقله من الأشياء، ومن مظاهر في البيئة الاجتماعية، أي كل ما اخترعه الإنسان أو ما اكتشفه وكان له دور في العملية الاجتماعية" .(تعريف كلباتريك). ويعني هذا التعريف أن الثقافة تشمل: اللغة والعادات والتقاليد والمؤسسات الاجتماعية والمستويات والمفاهيم والأفكار والمعتقدات إلى غير ذلك مما نجده في البيئة الاجتماعية من صنع الإنسان، وقد توارثه جيلاً بعد جيل، وبمعنى آخر يرى كلباتريك أن للثقافة جانبين هما: الجانب المادي والجانب غير المادي.
- أنها "وسائل الحياة المختلفة التي توصل إليها الإنسان عبر تاريخه الطويل، والتي توجه سلوك الناس في وقت معين وترشد خطواتهم في مجتمعهم". (تريف كلكهون). ويتضمن هذا التعريف الجوانب المعنوية والمادية للثقافة، وأيضاً إشارة واضحة إلى زمن محدد، لأن الثقافة لا تبقى على حالها، وإنما تتغير بتغير العصور والأزمنة.

مما سبق يمكننا القول إن الثقافة في جوهرها هي شكل الحياة الإنسانية كما يرسمها البشر الذين يعيشون تلك الحياة بما فيها من معتقدات وأساليب للفكر، وغيرها. وأن الثقافة هي الحياة التي يرسمها الناس في زمان معين ومكان معين. والقيمة المهمة التي تعنينا هنا، هي قابلية تلك الثقافة للتعلم، وهذا هو الجانب التربوي الذي نعطيه اهتماماً خاصة في هذا المجال.

خصائص الثقافة:

للثقافة خصائص مختلفة من أهمها ما يلي:

- الثقافة إنسانية، أي خاصة بالإنسان وحده دون سائر الحيوانات.
- الثقافة مكتسبة، إذ يكتسب الفرد الثقافة بحكم انتمائه لجماعة ما، لذلك فهي الإطار الاجتماعي الذي يعيش الفرد فيه.
- الثقافة مثالية وواقعية، إذ تتحدد مثاليتها في الطرق التي يعتقد الناس أن من الواجب عليهم السير وفقها أو العمل بمقتضاها، وتنطلق واقعيتها من سلوك الأفراد العقلي، ومن تصرفاتهم.
- الثقافة مادية وغير مادية، إذ إن للثقافة جانبين متكاملين، أولهما مادي يظهر في لباس الناس أو طعامهم، أو أدوات طبخهم وأوانيهم، أو أدوات الاتصال ووسائل المواصلات عندهم، الخ، وثانيهما غير مادي يتمثل بالمفاهيم والأفكار والمعتقدات السائدة.
- الثقافة ثابتة ومتغيرة، فعناصر الثقافة ومكوناتها منها ما يظل ثابتاً ولا يعتريه التغيير كالقيم الاجتماعية والعقائد الشرعية والأصول الدينية، ومنها ما يخضع للتغيير والتطوير كالجوانب المادية. ومن المعلوم أن بعض الثقافات تكون قابلة للتغير أكثر من غيرها، كما أن درجة التغير وأسلوبه ومحتواه تختلف من ثقافة إلى أخرى.
- الثقافة ضمنية أو معلنة (واضحة)، فهي ضمنية لأن بعض دلالاتها لا تفهم إلا من خلال السياق الذي تأتي فيه، وهي مستخفية في تلك الجوانب التي تشمل عالم الروح وعالم الطبيعة وما ينطوي تحتهما، وعلنية الثقافة تظهر في سلوك الأفراد وتصرفاتهم، وأحاديثهم، كما تظهر في الأمور المادية كالاختراعات والمكتشفات والأجهزة الحديثة أو المنتجات الصناعية، وغيرها.

- الثقافة متنوعة المضمون، إذ تختلف الثقافات في مضمونها بدرجة كبيرة قد تصل أحياناً إلى درجة التناقض، والمثال على ذلك أن بعض المجتمعات تسمح بتعدد الزوجات، بينما تعتبره مجتمعات أخرى جريمة يعاقب عليها القانون.
- الثقافة قابلة للانتشار والنقل: ويتم هذا الانتشار والانتقال بعدة طرق أهمها التعليم، حيث تلعب اللغة دورها الكبير في هذا المجال، وكذلك وسائل الاتصال الحديثة (إذاعة، وتلفاز، وأقمار صناعية، وصحف، ومجلات، الخ). التي تقوم بتحطيم الحواجز بين الثقافات وتعمل على النشر الثقافي.
- الثقافة مستمرة، فالثقافة ملك جماعي وتراث يرثه جميع أفراد المجتمع وينتقل من جيل إلى آخر، كما أنه لا يمكن القضاء على ثقافة ما إلا بفناء المجتمع الذي يمارسها، أو ظهور ثقافة جديدة من منطلق عقائدي جديد قوي ومسيطر، وهذا أمر يصعب تنفيذه على أرض الواقع.

عناصر الثقافة:

تنقسم الثقافة إلى ثلاثة عناصر، هي: العموميات الثقافية والخصوصيات الثقافية والمتغيرات الثقافية.

أولاً: العموميات الثقافية:

العموميات الثقافية هي وجوه ثقافية يشترك فيها جميع أفراد المجتمع، وتعد بمثابة الملامح الرئيسة المحددة لثقافة مجتمع ما، وهي التي تميزها عن غيرها من الثقافات، والعموميات الثقافية غالباً ما تكون أكثر عناصر الثقافة استقراراً، ومن هذه العموميات اللغة، واللباس الشعبي، وطريقة الأكل، وأسلوب التحية والاستقبال والوداع، وطرز المباني، وأسلوب الاحتفالات في الأفراح والتعبير عن الأحزان، وغيرها. وبذلك، تشكل العموميات الثقافية القاسم المشترك بين أبناء المجتمع الواحد، وتكون عنصر تجميع وتآلف بينهم، وتؤدي إلى ظهور اهتمامات مشتركة تجمعهم، وتولّد بينهم شعوراً بالتضامن

وبالمصير المشترك، فاللغة العربية على سبيل المثال هي من أهم العموميات الثقافية التي يمتاز بها المجتمع العربي عن غيره من المجتمعات، وهي إحدى قواسمه المشتركة، ونسبة إليها سُمي العرب بهذا الاسم، وهي إحدى الوسائل المهمة للتربية في هذا المجتمع لنقل المعرفة والمعلومات عن الموروث الثقافي إلى الدارسين.

ثانياً: الخصوصيات الثقافية:

توجد داخل المجتمع نفسه مجموعة من الثقافات الفرعية (الخصوصية) التي تميز قطاعات رئيسة في المجتمع، وهي جزء من الثقافة الكلية للمجتمع، ولكنها تختلف عنها في بعض السمات والمظاهر والمستويات، لذا فإن الثقافة الفرعية (الخصوصية) هي ثقافة قطاع متميز من المجتمع لها جزء ومستوى مما للمجتمع من خصائص بالإضافة إلى انفرادها بخصائص أخرى. وبالتالي، فإن الخصوصية الثقافية هي ملامح وخصائص ثقافية تتميز بها فئة معينة عن غيرها من الفئات في المجتمع الواحد.

وهناك عدة أنواع من الخصوصيات الثقافية، نذكر منها ما يلي:

- الخصوصية العمرية: فكل جماعة عمرية لها خصوصيتها الثقافية التي تتميز بها عن غيرها من الأعمار، فللأطفال ثقافة خاصة ومختلفة عن ثقافة الشباب، وللشباب ثقافة خاصة ومختلفة عن ثقافة الكبار.
- الخصوصيات المهنية: فكل جماعة مهنية خصوصيتها الثقافية التي تتميز بها عن غيرها، فللأطباء مثلاً ثقافة خاصة بهم، وللمهندسين ثقافة خاصة لهم، وللتجار ثقافة خاصة بهم، الخ.
- الخصوصيات الجنسية: فللذكور خصوصية ثقافية خاصة بهم، وللإناث خصوصية ثقافية خاصة بهن، يترتب عليها خصوصيات في التعامل وفي اللباس وفي وسائل التسلية وفي الأدوار التي يلعبها كل منهما في المجتمع.

- الخصوصيات الطبقية: لكل طبقة من طبقات المجتمع خصوصيتها الثقافية الخاصة بها، فخصوصيات الطبقة الارستقراطية تختلف عن خصوصيات الطبقة الوسطى أو الدُنيا.
- الخصوصيات العرقية: لكل عرق من الأعراق عناصره الثقافية التي تميزه عن الأعراق الأخرى، فخصوصيات الشركس الثقافية تختلف مثلاً عن خصوصيات الشيشان، وللأرمن خصوصيات ثقافية أيضاً تميزهم عن غيرهم من الأعراق.
- الخصوصيات العقائدية: لكل عقيدة عناصرها الثقافية الخاصة بها والتي تميزها عن غيرها من العقائد، فخصوصيات العقدية الإسلامية تختلف عن خصوصيات العقدية المسيحية أو اليهودية.
- الخصوصيات التعليمية: لكل مرحلة من المراحل التعليمية عناصر الثقافية الخاصة بها والتي تميزها عن غيرها من المراحل، ولكل نوع من أنواع التعليم (الأكاديمي أو المهني أو الفني) عناصره الثقافية التي تختلف عن عناصر غيره من أنواع التعليم. وللتعليم الخاص خصوصياته الثقافية التي تميزه عن التعليم الحكومي.

ثالثاً: المتغيرات (البدائل) الثقافية:

المتغيرات الثقافية هي ملامح ثقافية لم تستقر بعد، قد تظهر في المجتمع بفعل روّاد التغيير، أو تكون وافدة على المجتمع من الثقافات الأخرى التي يتم الاحتكاك بها، وقد تجد هذه المتغيرات أو البدائل البيئة المناسبة لتنبت وتترعرع في المجتمع، إلا أنها لا تأخذ دورها كخصوصيات ثقافية ولا كعموميات، فهي ليست من العموميات بحيث يشترك فيها جميع أفراد المجتمع، وليست من الخصوصيات بحيث يشترك فيها أفراد طبقة أو أفراد مهنة معينة مثلاً. وقد تتحول هذه المتغيرات أو البدائل على مرّ الزمن إلى خصوصيات ثقافية أو إلى عموميات، ومثالنا على ذلك اقتصار استعمال الحواسيب في الشركات

الكبرى في بداية الأمر، ومع مرور الزمن وبعد أن أثبتت الحواسيب جدواها وأهميتها في الحياة العامة والخاصة، شاع استعمالها في البيوت والمكاتب والمدارس، وتحول استعمالها بالتالي إلى عمومية ثقافية.

وجدير بالذكر، أن بعض هذه المتغيرات أو البدائل الثقافية قد تجد مقاومة شديدة من قبل المحافظين في المجتمع، إلا أن صفتها التجديدية أو الابتكارية تجعلها تتغلب على هذه المقاومة، وتتجذر في الثقافة وتصبح جزءاً لا يتجزأ منها، وقد يختفي بعضها الآخر لعدم ملاءمتها للمجتمع وطبيعته.

من هنا نرى أن التربية يجب أن تقود التغيير، وأن لا يقتصر دورها على نقل المعرفة أو الموروث الثقافي ونقدهما ومعالجتهما وتنقيتهما فحسب، وإنما يجب أن يمتد إلى مساعدة الأفراد على تمحيص هذه المتغيرات أو البدائل الثقافية ونقدها وبيان إيجابياتها وسلبياتها، ومساعدتهم على فهمها والتكيف معها.

وبالإضافة إلى التقسيم السابق للعناصر الثقافية، هناك تقسيمات أخرى في هذا المجال، فقد قسّم علماء الإنسان عناصر الثقافة إلى قسمين أساسيين، هما:

أ- العناصر المادية: ويقصد بها ما أنتجه الإنسان، ويمكن اختباره بالحواس.

ب- العناصر غير المادية، ويقصد بها العناصر التي تتضمن قواعد السلوك والأخلاق والقيم والعادات والتقاليد والأساليب الفنية التي تستعملها الجماعة.

ويصنفها آخرون في ثلاث فئات هي:

١-المكونات المادية أو ما يطلق عليه القطاع المادي للثقافة.

٢-المكونات الاجتماعية أو ما يطلق عليه القطاع الاجتماعي للثقافة.

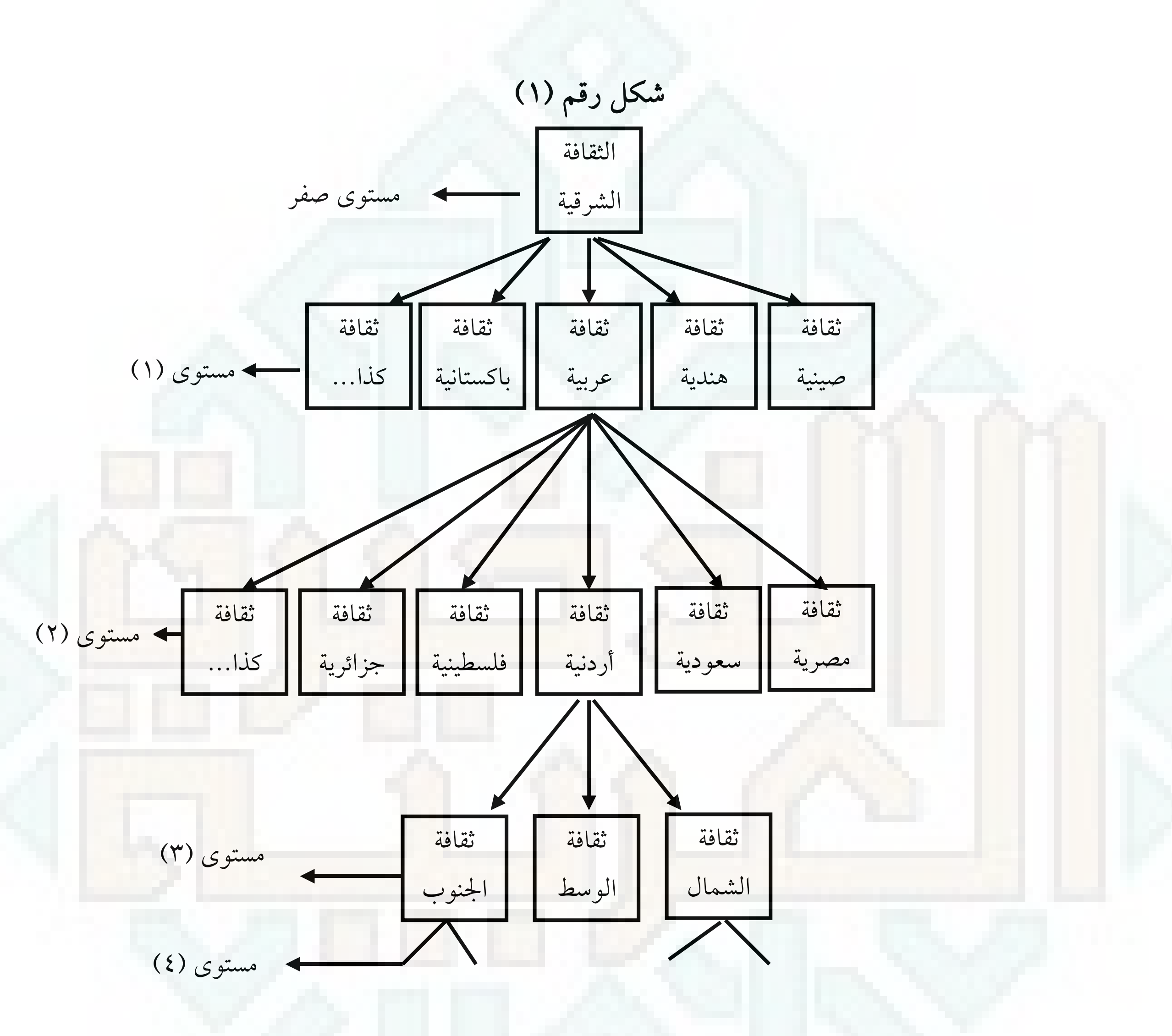
٣-المكونات الفكرية أو ما يطلق عليه القطاع الفكري للثقافة.

ونميل إلى الأخذ بالتقسيم الأول لعناصر الثقافة (العموميات والخصوصيات والمتغيرات) لأنه أكثر التقسيمات انتشاراً وشهرة.

مستويات الثقافة:

يمكن النظر إلى الثقافة على أنها نظام كلي ينقسم إلى أنظمة فرعية يطلق عليها المستوى الأول للثقافة، وتنقسم هذه الأنظمة الفرعية إلى أنظمة فرعية أخرى يطلق عليها المستوى الثاني للثقافة، وتنقسم هذه بدورها إلى أنظمة فرعية أخرى يطلق عليها المستوى الثالث للثقافة، وهكذا. وتستمر عملية انقسام النظام الكلي للثقافة إلى نظم فرعية (مستويات) صغيرة كلما أمكن ذلك. وبمعنى آخر فهناك ثقافة أمّ وثقافات متفرعة عنها. ولنأخذ على سبيل المثال الثقافة الشرقية التي هي جزء من الثقافة العالمية، إذ تنقسم إلى ثقافة صينية وثقافة هندية وثقافة باكستانية وثقافة عربية، الخ (المستوى الأول)، وتنقسم كل ثقافة من هذه الثقافات إلى ثقافات فرعية أخرى (المستوى الثاني)، وينقسم المستوى الثاني إلى مستوى ثالث ورابع الخ، وكلما أمكن ذلك. ولنأخذ الثقافة العربية على سبيل المثال التي هي ثقافة فرعية من الثقافة الشرقية، ويمكن النظر إليها أيضاً على أساس أنها ثقافة كلية إذا ما أخذت منفصلة عن الثقافات الشرقية الأخرى، وتنقسم الثقافة العربية إلى ثقافة أردنية وثقافة مصرية وثقافة فلسطينية وثقافة سورية وثقافة لبنانية وثقافة جزائرية، الخ. وإذا ما أخذنا الثقافة الأردنية مثلاً يمكن تقسيمها أيضاً إلى ثقافة الشمال وثقافة الوسط وثقافة الجنوب، أو إلى ثقافة اربد وثقافة جرش وثقافة البلقاء وثقافة الزرقاء وثقافة الكرك وثقافة معان وثقافة الطفيلة، إلخ. وعلى هذا الأساس يمكن تحديد ثقافات فرعية في كل مجتمع وفقاً لمتغيرات عديدة كالعمر أو المستوى التعليمي أو المهنة أو الانتماء الطبقي أو الديني أو غيرها. وبذلك تعد الثقافة الفرعية ثقافة قطاع متميز من المجتمع لها جزء ومستوى ما للمجتمع من خصائص إضافة إلى انفرادها بخصائص أخرى. (يوضح الشكل التالي المستويات التركيبية للثقافة).

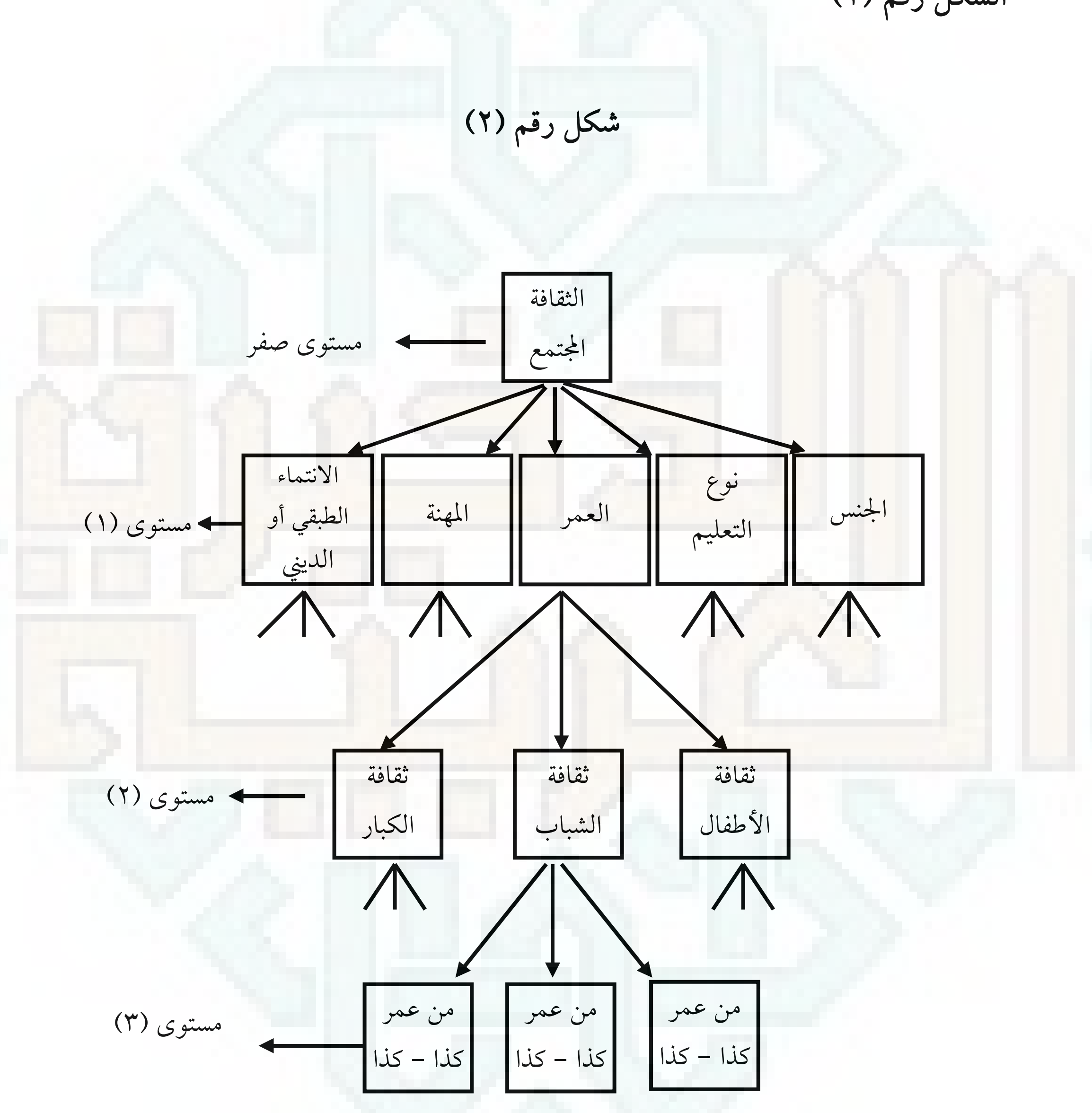
شكل رقم (١)



الثقافة الشرقية
مستوى صفر
ثقافة صينية
ثقافة هندية
ثقافة عربية
ثقافة باكستانية
ثقافة كذا...
مستوى (١)
ثقافة مصرية
ثقافة سعودية
ثقافة أردنية
ثقافة فلسطينية
ثقافة جزائرية
ثقافة كذا...
مستوى (٢)
ثقافة الشمال
ثقافة الوسط
ثقافة الجنوب
مستوى (٣)
مستوى (٤)

ويمكن أيضاً تقسيم ثقافة المجتمع كنظام إلى نظم فرعية أخرى، وكما هو مبين في الشكل رقم (٢)

شكل رقم (٢)



وقد قسم بعض العلماء الثقافة أيضاً بحسب طبيعة الحياة التي تعيشها جماعة معينة إلى مستويين هما: الثقافات البدائية البسيطة، والثقافات المتحضرة (المتمدنة المتقدمة)، وقسمها بعضهم بحسب الطريقة التي تعيشها جماعة معينة، فمثلاً هناك مستوى ثقافي بدائي، ومستوى ثقافي رعوي، ومستوى ثقافي زراعي، ومستوى ثقافي صناعي، ومستوى ثقافي تكنولوجي، إلخ. بينما قسمها آخرون بحسب طبيعة المجتمع الذي يعيش فيه الفرد، فهناك الثقافة البدوية، والثقافة الريفية، وثقافة المدينة.

علاقة الثقافة بالصحة والمرض وأثرها على برامج الخدمة الصحية:

لقد بينت الدراسات والأبحاث على المجتمعات المختلفة أن هناك علاقة وثيقة بين الثقافة والصحة والمرض وبينت كذلك أثر الثقافة على برامج الخدمة الصحية ويمكن أن نستنتج أو نفهم ذلك من خلال:-

أ) لاشك أن لكل مجتمع عاداته وتقاليده الراسخة القوى التي تحكمه وبعضها جيد والبعض الآخر يشكل عائقاً اجتماعياً يمنع الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة وتبعاً لنوع التنشئة الاجتماعية التي تعرضها بيئة الفرد الاجتماعية يكون المستوى الصحي فقد ينشأ الفرد في بيئة لا تهتم بتعلم أنسب الطرق للنظافة الشخصية ولا تمنعهم من شرب مياه الترع وقضاء الحاجة بها، وقد ينشأ الأفراد في بيئة تهتم بتلقين الأطفال أصول النظافة أو العادات الصحية السليمة وتنشئهم على السلوك الصحي السليم التي يتوقف عليها المستوى الصحي في المجتمع.

ب) يعتبر الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع من أهم العوامل المؤثرة على برامج الخدمات الصحية، ويعتبر المستوى التعليمي والثقافي أحد العوامل الهامة التي تلعب دوراً أساسياً في توفر الوعي الصحي لدى الفرد، فالأفراد الأكثر تعليماً

يتمتعون بالوعي الصحي ويكونون أكثر قدرة على فهم أسباب المرض وطرق تنفيذ علاجه.

ج) قد تعرقل القيم السائدة في المجتمع الاستفادة من المؤسسات الطبية الموجودة في البيئة مثل الأفكار السائدة عن المستشفيات الحكومية والمعاملة والعلاج والتغذية بها وكثير من المرضى لا يستطيعون تحمل نفقات العلاج الخاصة فيستعص المرض ويصعب علاجه.

د) هناك بعض العادات والتقاليد والقيم تمنع المرض أو تمكنهم من الانتفاع بالعلاج أو الخدمات الطبية المقدمة مثل:

- رفض التقيد بالعلاج لأن ذلك قد يغير من علاقاتهم بالناس.
- رفض حياة المستشفى حيث يشعر المريض بالعزلة وفي نفس الوقت لا يستطيع ممارسة أنشطته الاجتماعية وعلاقاته المختلفة.
- رفض الاعتراف بالمرض أو تقبل العلاج لاعتقاده البعض أنها تؤثر على علاقتهم الأسرية.
- رفض أو عدم التقيد بالعلاج للوضع الاقتصادي للمريض.
- رفض التقيد بنظام غذائي مرضي بسبب الوضعية الاجتماعية أو العادات والتقاليد.
- التخوف من المستشفى وذلك لأن الكثير يربطونه بالموت.

هـ) ولعل تأثير الإطار الثقافي في النواحي الصحية يتضح بشكل أكثر في برامج الصحة العامة التي كشفت عن ضرورة الاهتمام بالعوامل الثقافية خاصة إذا كنا إزاء امتاع الناس في ثقافة صحية معينة فالبعض يرفض برامج التطعيم لاكتساب المناعة بسبب الألم أو بسبب الاعتقاد الخاطئ للقضاء والقدر، والبعض الآخر يرفض تغيير عاداته الغذائية لارتباطها بقيم ثقافية أو دينية.

و) الثقافة والمستشفى: يعد المستشفى كأي نظام من النظم الاجتماعية، يؤثر ويتـأثر بالنمط الثقافي للمجتمع، كما يختلف باختلاف الثقافة القائمة في المجتمع المحلـي، كما تتباين المستشفيات في ضوء ثقافة المرضى الذي يعانون مـن مـرض معـين، فالمريض الذي يقصد المستشفى العام لا يشعر بعقدة الذنب، أما مرضى الأمراض النفسية فيصابون من المخاوف والشكوك التي تصيبهم من المستـشفيات العقليـة والنفسية.

وكذلك ما يقدمه المستشفى من نشاطات ومساهمة في تحسين صحة المجتمع لا يستند فقط على فلسفتها وأهدافها فقط، بل يعتمد كذلك على النمط الثقافي السائد، المتمثـل بالمساهمات المالية، والذي ورد في المجتمع ومستوى العلاقة بين الأطباء والمرضى.

وهكذا فإن المستشفى هي انعكاس للتنمية الثقافية، والتقدم الطبي، والمستوى المرتفع من التعليم والازدهار الاقتصادي والأسلوب الديموقراطي.

مفهوم الصحة **Health**:

قديماً قيل (الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يعرف قيمته إلا المرضى).

وأنت إذا قابلت أحد أصدقائك أو معارفك أو عزيز عليك تبـادره بالـسؤال عـن الصحة.

ومن بعدها تسأله عن المال والبنين والعيال وأمور الحياة بشكل عام.

فيا ترى ما هي هذه الكلمة السحرية؟ وما أهميتها؟ ومـاذا تعـني؟ وهـل الـصحة عكس المرض؟ للإجابة على هذه التساؤلات نستعرض معاً المفاهيم التي نبدؤها بتعريف العالم بركنز **Perkins** للصحة على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وأن هذه الحالة تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها.

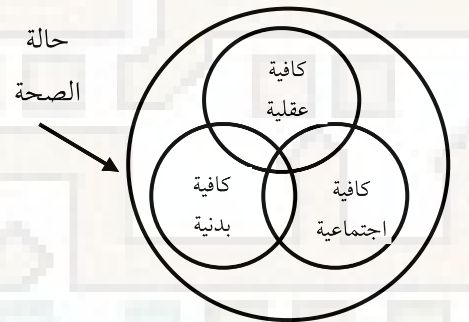
أما منظمة الصحة العالمية (W.H.O) فقد عرفت الصحة على أنها الحالة الإيجابية من السلامة والكفاية البدنية (الجسدية) **Body** والعقلية (العصبية والنفسية) **Mental** والاجتماعية **Social** وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز.

يلاحظ أن هذا التعريف أكد الارتباط والعلاقة الوثيقة بين الجوانب الثلاث البدنية والعقلية والاجتماعية للصحة وأن أي خلل في أحدها يؤثر سلباً في الجانبين الآخرين وبالتالي يؤدي إلى خلل في حالة الصحة كما في الشكل.

حيث الدوائر الثلاث الصغيرة متقاطعة الواحدة مع غيرها، كما أن الدوائر الثلاث تلك تشكل الدائرة الكبيرة التي تمثل حالة الصحة.

وبناء على هذه العلاقة الثلاثية يجدر بنا أن نكمل المقولة القديمة العقل السليم في الجسم السليم وتتذكر العلاقة التبادلية التالية

الجسم السليم	العقل السليم
المجتمع السليم	الجسم السليم
العقل السليم	المجتمع السليم



شكل (١)

ولمعرفة العلاقة بين الصحة والمرض يجدر بنا أن نتعرف على مدرج قياس السلامة والكفاية المبين في الشكل (٢) والذي يبين أن:

١. الصحة المثالية: هي حالة التكامل المثلى وهي فوق الدرجة العليا للسلم ويندر الحصول عليها.

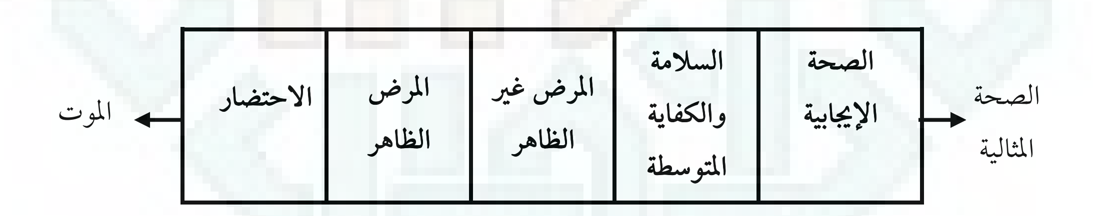
٢. الصحة الإيجابية: تحتل الدرجة العليا في السلم وفيها تتوفر طاقة صحية إيجابية تمكن الفرد أو المجتمع من مواجهة المشاكل والمؤثرات دون ظهور أية أعراض أو علامات مرضية وهي الحالة المشار إليها في التعريف.

٣. حالة السلامة والكفاية المتوسطة: حيث لا تتوفر طاقة إيجابية من الصحة في هذه الحالة مما يوقع الفرد أو المجتمع فريسة للمرض عند التعرض للمؤثرات الضارة (المسببات النوعية للأمراض).

٤. المرض غير الظاهر: وفي هذا المستوى لا يشكو المريض من أعـراض واضـحة ولكن يمكن للطبيب اكتشاف المرض بعلامات سريرية وبالفحوصات المخبرية الدم، البول، البصاق، الأشعة التشخيصية... الخ.

٥. المرض الظاهر: حيث يشكو المريض من أعراض للمرض يشعر بها وقد تبـدو عليه علامات مرضية ظاهرة للعين المجردة مثل الضعف العام، البثور الجلديـة، السعال... الخ.

٦. مستوى الاحتضار: حيث تسوء حالة المريض إلى حد يصعب معه علاجه (آخر درجة في السلم) ومن ثم تؤدي به إلى الوفاة (الموت).



شكل رقم (٢)

مما ذكر أعلاه يتضح لنا أن المرض **Disease** هو حالـة اختلال التـوازن النـسبي لوظائف الجسم وأنه حالة دون السلامة والكفاية المتوسطة، كما أنه قد يكون ظاهراً أو غير ظاهر في بدايته.

وهناك تعريف آخر للعالم (ونسلو **Winslaw**) حول مفهوم الصحة وهو: "علم وفن الوقاية من المرض وترقية الـصحة والكفايـة، وذلـك بمجهـودات منظمـة وهادفـة للمجتمع من أجل:

- صحة البيئة.
- مكافحة الأمراض المعدية.
- تعليم الفرد الصحة الشخصية.
- تنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض.
- تطوير الحياة الاجتماعية.
- تحسين مستوى معيشة الأفراد.

ذلك ليتمكن كل مواطن من الحصول على حقه المشروع في الصحة والحياة

مجالات الصحة العامة وميادينها:

ما دام الهدف من الصحة العامة أن يحـصل الأفـراد علـى حقـوقهم المـشروعة في الصحة البدنية والنفسية والاجتماعية، فكل عمل يصب في هذا الاتجاه يصلح أن يكون مجالاً للصحة العامة، وهذه المجالات بعضها يعمل على توفير حاجات الفرد مثل المسكن الصحي والغذاء السليم، والماء النظيف، والرياضة لبناء الأجسام، وبعـضها يتجـه نحـو البيئة الاجتماعية كتنظيم الأسرة والتثقيف، ومواجهة القوارض والحشرات والوقاية من الأمراض والإجراءات الوقائية.

وتقوم على هذه المجالات جهات مسؤولة، وتعاضدها جهات مساندة أخرى في أحيان كثيرة فالكل يتحمل جانباً من المسؤولية. وكما قال رسولنا – صلى الله عليه وسلم – "كلكم راع وكلكم مسؤول عن رعيته".

تتقدم الصحة العامة إذا وجدت الحوافز التي تسندها في خدماتها و تتأخر أو قد تعجز عن القيام بالدور الموكل بها إذا واجهت المثبطات أو عدم المساندة.

فما الأمور التي تؤدي إلى نجاح خدمات الصحة العامة؟

هذه الأمور بعضها يعتمد على الفرد، وبعضها الآخر يعتمد على المجتمع، ونكتفي هنا بأمرين تاركين لك المجال للبحث عن الأمور الأخرى:

١- المكانة الاجتماعية والكسب المادي:

يؤيد كثير من الأفراد ما تقوم به الصحة العامة من خدمات، لأن بعضهم يجد فيها ضالته في مركز ما أو عمل يكسب منه رزقه أو معونة مجانية من الدقيق والفيتامينات.

٢- الدين:

للدين أثر كبير في النفس، والكثير منا يقوم بعمله استجابة لأمر دينه، وقد دعا الدين الإسلامي إلى التداوي والأخذ بالأسباب لمواجهة تبعات الحياة، فالحديث الشريف التالي خير مثال على ذلك، قال رسول الله – صلى الله عليه وسلم – : "يا عباد الله، تداووا، فإن الله لم يضع داء إلا وضع له شفاء إلا داء واحداً، قالوا: يا رسول الله، وما هو؟ قال: الهرم".

ما الأمور المعيقة لخدمات الصحة العامة؟

يمكن تصنيف المعوقات التي تثبط الخدمات الصحية العامة إلى:

١- المعوقات الثقافية:

ومن أمثلتها الاعتقاد غير الصحيح عند بعض الناس بأن القضاء والقدر هو المسبب للمرض، فيدفعهم هذا إلى التواكل، ويعتقدون أن لا علاج له لذلك لا يقومون بدور إيجابي للوقاية منه أو علاجه.

٢- المعوقات الاجتماعية:

ومن أمثلتها ما يقوم به حلاق الصحة أو الداية (القابلة) من دعاية مضادة للوحدة الصحية أو البرنامج الصحي، ويفتعلون الأقاويل والإشاعات التي تؤدي إلى فشل خدماتها الصحية، لأنها تهدد أرزاقهم.

٣- المعوقات النفسية:

وأبرزها:

أ- التفاوت في الإدراك: يختلف أفراد المجتمع في إدراكهم للأمور، فالقائمون على البرنامج الصحي مثل الطبيب ينظر إلى الذبابة على أنها حشرة ناقلة للكثير من الأمراض المعدية ويجب مكافحتها، بينما الفرد غير الواعي العادي ينظر إليها على أنها كائن حي خلقه الله، فلا يبدي الحماس المطلوب في مكافحتها.

ب-التفاوت في اللغة: يستعمل الطبيب أو العامل في مجال الصحة لغة أو ألفاظاً لا يدركها الفرد البسيط، فيلتبس الأمر على الأخير ويؤثر ذلك في صحته وعلاج مرضه.

٤- المعوقات الاقتصادية:

الخدمات الصحية في المجتمعات الفقيرة محدودة والفرد الفقير ليس بمقدوره الاهتمام بصحته من نواحيها كافة، وما حصل في الصومال وغيره من البلدان الإفريقية خير شاهد على هذا. بينما في المجتمعات الغنية تتوافر الخدمات الصحية بشكل كبير.

التربية الصحية

مفهومها ومجالاتها وأهدافها

لا خلاف في أن العاملين في مجال الصحة يتحملون العبء الأكبر في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، إلّا أن المواطنين مطالبون بالقيام بدورهم في مجال الصحة، وقد لا تحقق الصحة العامة أهدافها إلا إذا أدى أبناء المجتمع واجبهم تجاه أنفسهم أولاً، وتجاه الآخرين ثانياً، وهذا الواجب حتى يحقق أهدافه المرجوّة يجب أن يكون موجهاً من أهل الاختصاص في المجال الصحي، فيشرف العاملون في المجال الصحي على التوجيه المستمر لأفراد المجتمع لإكسابهم الأسس الصحية السليمة في ممارستهم الحياتية.

فما المقصود بالتربية الصحية؟ وما أهدافها؟ وما ميادينها؟

مفهوم التربية الصحية:

تعرف التربية الصحية بأنها مجموعة من الأنشطة التربوية والخبرات التي تساهم في تزويد الإنسان بقدر كاف من المعارف العلمية والعادات الصحية الحسنة، والاتجاهات التي تخص الصحة الفردية والأسرية والجماعية والتوصل إلى طرق وأساليب الوقاية من الأمراض، وذلك بتوفير التغذية المتوازنة وتوفير المناعة من الأمراض وتهيئة الظروف الصحية الملائمة.

أهداف التربية الصحية:

يسعى القائمون على التربية الصحية إلى تحقيق أهدافها ومنها توعية الأجيال بالمشكلات الصحية وإيجاد الحلول المناسبة ليعيش أفراد المجتمع سعداء وفي رفاهية. وليساهموا في تحسين أحوالهم المعيشية بإندفاع من ذاتهم حتى تتحقق السلامة والكفاية البدنية والعقلية. وليتسنى تحقيق ذلك شهد مجال التربية الصحية تطورات جذرية منها:

١- التطوّر في النظرة:

لم تعد التربية الصحية مقصورة على تزويد الأفراد بالمعلومات والحقائق الصحية أو نشرها، لأن التزود بالمعلومة وحدها لا يكفي، بـل تعـدت ذلـك إلى تغـيير الـسلوكات الصحية السلبية إلى الإيجابية. فمثلاً هناك نسبة من الأطبـاء مـن المـدخنين بـالرغم مـن معرفتهم بأضرار ذلك ونهيهم للناس عنه.

٢- التطوّر في وسائل التربية الصحية:

تعدّت الوسائل المتبعة في التربية الصحية مرحلة الاعتماد على وسائل الإعلام من صحف وكتيبات وإذاعة وتلفاز، وتجاوزتها إلى مرحلة تنظيم المجتمع والمواجهة المدعومة بوسائل الإعلام، وذلك بأن يلتقي المثقف الصحي المتعلم ويوجهّه فيما يخص العلاقة بين الطبيب ومريضه، أو أنه يستخدم التوجيه الجمعي، بأن يلتقي المثقف الصحي أو الطبيب أو المعلم فئات المجتمع، ويلقي عليهم محاضرة أو ندوة أو يدير نقاشاً في أسـس الرعايـة الصحية، وأسس الوقاية من الأمراض، ويساهم في تحقيق ذلك أمور كثيرة منها:

أ- تغيير مفاهيم الأهل وقيمهم واتجاهاتهم نحو الصحة والمرض.

ب-حث الناس على الإفادة من الجهود التي تنظمها الجهـات الـصحية مـن أجـل صحتهم، مثل مراجعة مراكز رعاية الأمومة والطفولة، ومراكز تطعيم الأطفال ضد الأمراض المعدية.

ج- جعل الصحة غاية وهدفاً يسعى المواطنون لتحقيقه.

الأبعاد الاجتماعية للخدمة الصحية

التربية عملية اجتماعية:

تميزت عملية التربية بأنها عملية اجتماعية في أسسها ومفهومها وأغراضها ووظائفها، فالمجتمع يمثل المجال أو الإطار الشامل الذي تتم فيه هذه العملية. فقد توجهت التربية في الماضي والحاضر إلى تنشئة الفرد تنشئة اجتماعية سوية تساعده على تنمية شخصيته الاجتماعية، على نحو يمكنه من النمو والتوازن، والتكامل مع ذاته والتكيف الإيجابي المثمر مع مجتمعه وثقافته، والعمل على المساهمة بدور فعّال في تنمية المجتمع. فمن المعلوم أن الفرد يولد غير قادر على ممارسة أي شيء أو معرفة أي شيء، وتتولى التربية من خلال عملية التطبيع الاجتماعي والتنشئة الاجتماعية بما تحويه من تنشئة معرفية ووطنية وسياسية وأخلاقية، إلى خلق الوعي والإدراك لديه بالحياة والكون والعالم.

إن التربية ضرورة اجتماعية، وترتبط على نحو وثيق بالمجتمع، وتهدف إلى الاهتمام بالمجتمع، وتلبية حاجاته وتكيّيف أفراده مع بيئتهم من خلال تفاعلهم المستمر معها، واشتراكهم في مختلف فعالياتها، مما يمكنهم من تشرب أسلوب حياة مجتمعهم، واستيعاب ثقافته ومعاييره وقيّمه الاجتماعية التي تتكون على أساسها شخصية الفرد الاجتماعية وتتحدد سماتها، فالتربية إذاً هي العملية التي تشكل الفرد وتكيفه مع الواقع من خلال بناء شخصيته بما يتفق مع متطلبات ثقافته الاجتماعية وتحديد دوره الاجتماعي. والتربية بهذا المعنى ما هي إلّا عملية التنشئة الاجتماعية، إذ تعرف التنشئة الاجتماعية بأنها "عملية اندماج الفرد في المجتمع، في مختلف أنماط الجماعات الاجتماعية، واشتراكه في

مختلف فعاليات المجتمع، وذلك عن طريق استيعابه لعناصر الثقافة والمعايير والقيم الاجتماعية التي تتكون على أساسها سمات الفرد ذات الأهمية الاجتماعية".

وتعرف أيضاً بأنها "عملية اكتساب الفرد لثقافة مجتمعه ولغته والمعاني والرموز والقيم التي تحكم سلوكه وتوقعات الغير وسلوكاتهم والتنبؤ باستجابات الآخرين وإيجابية التفاعل معهم".

إن التنشئة الاجتماعية تبدأ مع الطفل منذ ولادته، ويكون بعد سنوات قليلة قد اكتسب عناصر مختلفة عن طريق احتكاكه، وتفاعله مع أفراد أسرته ومجتمعه، ويحتل مكانة فيه، وتعدّ التغيرات التي تحدث للطفل منذ ولادته، وحتى يتخذ له مكاناً متميزاً بين مجتمع الكبار الناضجين، هي التنشئة الاجتماعية ذاتها. وبهذا، فهي تتضمن كافة عمليات التشكيل والتغيير والاكتساب التي يتعرض لها الطفل خلال تفاعله مع الأفراد والجماعات والمؤسسات المتوافرة في مجتمعه. ويقف على رأس هذه العمليات عمليات ضبط السلوك، وإشباع الحاجات، وتأكيد الذات واكتساب الشخصية، التي تحمل في طياتها أهدافاً تربوية.

والتنشئة الاجتماعية عملية أو عمليات طويلة ومعقدة، ولا يمكن حصرها في حقبة، أو مدة زمنية معينة من حياة الفرد – على الرغم من أن معظم المهتمين بهذا الموضوع قد أولوا السنوات الأولى من عمر الفرد جلّ اهتمامهم – فهي عملية دينامية ومستمرة، ولا تنتهي إلّا بانتهاء الفرد أو موته.

وكثيراً ما يشار إلى أهمية العلاقة بين التربية والمجتمع، أو بالأحرى اجتماعية التربية وتربوية المجتمع، فالأصل عند التربويين هو التربية، والفرع أو الجوانب التي يراد تسليط الأضواء عليها هو المجتمع، ومن هنا أطلق على معظم الدراسات التي تقع في هذا المجال اسم "اجتماعية التربية". أما علماء الاجتماع فإن الأصل بالنسبة لهم هو المجتمع، والفرع أو الجوانب التي يراد تسليط الأضواء عليها هو التربية، ومن هنا أطلق على معظم الدراسات التي تقع في هذا المجال اسم علم الاجتماع التربوي.

وجدير بالذكر أن التربية كانت ولا تزال تتبع اتجاهين عامين في علاقتها مع المجتمع، فهناك اتجاه يؤدي إلى إنتاج علاقات اجتماعية جديدة، واتجاه آخر يعيد إنتاج العلاقات الاجتماعية السائدة. ومن هنا جاء السؤال حول مهمة التربية: هل هي تكريس لما هو موجود، أم هي التغيير وتنمية الوعي بكل ما هو جديد؟ والحقيقة أن التربية هي الأداة الوحيدة التي تساعد في إيقاظ وعي الإنسان، إذ عرفت بأنها أداة لنشر المعرفة بين أكبر عدد من الأفراد، وأنها أداة فعّالة في تطوير الاتجاهات الفكرية والاجتماعية، وفي البحث عن المعارف الجديدة. ولكن التربية في الدول النامية ما تزال تسير في الاتجاه الذي يعيد إنتاج العلاقات الاجتماعية السائدة.

من هنا يمكن القول بأن التربية عملية لا تتم في فراغ، ولابدّ أن ترتبط بالمجتمع ارتباطاً وثيقاً، فلا تربية بدون مجتمع، ولا مجتمع بدون تربية. ومن أسباب ربط التربية بالمجتمع نذكر ما يلي:

١- أن المجتمع هو الوسط الذي يعيش الإنسان فيه، ويتفاعل مع أفراده وجماعاته ومؤسساته، ويواكب تقدمه أو تخلفه، ويحقق فيه رغباته وميوله وطموحاته.

٢- أن المجتمع هو البيئة التي تتشكل فيها ذاتية الإنسان، وتتكون فيها هويته، وتتحدد فيها اتجاهاته السلوكية، وتنمو فيها مواهبه.

٣- أن التنمية الاجتماعية تتطلب المشاركة والتفاعل الإيجابيين من فرد يتمتع بصفات المواطن الصالح، ومثل هذا الفرد ينبغي أن تكون تربيته متوافقة ومنسجمة مع مطالب المجتمع وخطط التنمية فيه.

٤- إن مشاركة الفرد في مجتمعه كعضو ناشط، تعني تفاعله مع ماضي هذا المجتمع وحاضره ومستقبله، لأن هذا المجتمع هو وعاء التراث والثقافة والعلوم والفنون والآداب، والقيم والعقائد والتقاليد التي لا يجد الإنسان نفسه كإنسان إن لم تصبح هذه الأمور جميعها جزءاً لا يتجزأ من كيانه وذاته.

إذاً، وفي إطار المفهوم الشامل للتربية، يشكل المجتمع بجميع مؤسساته الاجتماعية الوسيط التربوي المهم في العملية التربوية. فالمجتمع إنما يبني أساساً على أفراده وأسره ومؤسساته الاجتماعية. فالأسرة هي النواة الأولى في المجتمع، وتمثل الجماعة الأولى للفرد، ويكتسب فيها أول عضوية له في جماعة، إذ تتعهده بالتربية والتنشئة الاجتماعية منذ ولادته وحتى نضجه، فالطفل يقضي سنواته الأولى في أحضان أسرته التي لها دورها الفعّال في تحديد ملامح شخصيته الاجتماعية إلى حدّ كبير من خلال تفاعله مع محيطه الأسري، ويتعلم من خلالها لغته القومية، ويعتنق من خلالها أيضاً دين أسرته، ويتشرب عاداتها وتقاليدها بما يؤثر في سلوكه وتصرفاته وتفكيره ونظرته للحياة، وبذلك فإن طبيعة الأسرة وثقافتها وظروفها الاجتماعية والاقتصادية والبيئية تؤثر بدرجة كبيرة على تشكيل شخصية الطفل الاجتماعية وتكوينها، ويرى علماء الاجتماع والتربية أن الأسرة هي أصلح بيئة لتربية الطفل وتكوينه خصوصاً في السنوات الأولى، لأن الصلة بين الوالدين والطفل في هذه الفترة أقوى ما تكون بينه وبين أي جماعة أخرى.

وتسهم جماعة الرفاق (جماعة اللعب) في تربية الطفل، والتي لا يمكن إغفال أثرها باعتبارها أحد النظم الاجتماعية التي يتفاعل معها في حياته الاجتماعية. كما تحتل المدرسة باعتبارها مؤسسة اجتماعية تربوية، مكانة مرموقة في هذا المجال، إذ تعمل على نحو متكامل مع الأسرة في توسيع مداركه وتثقيفه وتنشئته اجتماعياً وعلمياً وتربوياً، ففي المدرسة يمارس الطفل دوره في مجتمع يألفه ومن جنسه وسنّه، وهو مع هؤلاء يعبر عن آرائه، وتتضح ميوله ويعمل على إشباع حاجاتهو وفي المدرسة يجد الطفل التنافس والتعاون والمشاركة الوجدانية والمرح واللعب، وفيها يجد الفرصة متاحة أمامه لإطلاق طاقاته وإبداعاته ومواهبه، وبذلك فهي مؤسسة لا يمكن الاستغناء عنها في تربيته، ولها وظائفها المهمة في هذا المجال والتي تتمثل في تبسيط التراث الثقافي وتقديمه للتلاميذ بصورة تتفق مع قدراتهم وإمكاناتهم وخصائصهم النمائية، والعمل على تنقية هذا التراث وتطويره وتجديده، وتوفير بيئة اجتماعية صالحة ومربية لتلاميذها، بحيث يعيشون فيها

جميع أوجه الحياة الاجتماعية في إطار من العلاقات والتفاعلات الاجتماعية الإنسانية السليمة.

وتسهم مؤسسات المجتمع الأخرى في التربية إسهاماً مهماً، ومن هذه المؤسسات دور العبادة والمؤسسات الإعلامية مثل الإذاعة والتلفاز والصحافة والمسرح والسينما والمكتبات بجميع أنواعها والمعارض والمتاحف، الخ.

ويمكن القول إن نجاح العملية التربوية وتقدمها يعتمدان اعتماداً كبيراً على مدى التنسيق والتكامل بين أدوار المؤسسات الاجتماعية (الأسرة، والمدرسة، ودور العبادة، والمؤسسات الإعلامية، الخ).

شروط التربية الاجتماعية:

للتربية من منظور اجتماعي مواصفات وشروط هي:

١- أن ترتبط أهداف التربية بحاجات المجتمع، ولذلك ينبغي أن تكون هذه الأهداف واقعية، وأن توّجه لخدمة المجتمع بجميع أفراده ومناخيه، وأن يسهم تحقيقها في رقيّه وتقدمه وازدهاره.

٢- أن تتعامل التربية على نحو جاد مع التغيرات والمستجدات الحاصلة في المجتمع، وذلك من خلال:

أ- أن لا تعزل التربية نفسها عن مجتمعها، وأن لا تدير ظهرها للتغيرات الدينامية فيه.

ب-أن لا تقف التربية موقف المتفرج تجاه التغيرات، بل ينبغي أن يكون لها دورها الفعّال في دراسة التغيرات وفهمها وتبسيطها وشرحها للناشئة وتقديمها لهم، وجعلها شيئاً في النسيج العام لثقافتهم.

ج- أن تكيّف التربية أهدافها وخططها ومناهجها استجابة لاستيعاب التغيير وتمثله.

٣- أن تنظر التربية إلى المجتمع على أنه كيان دائم التغير والتطوّر، وبهذا لابدّ أن يكون لدى القائمين على أمور التربية والمخططين التربويين رؤى واضحة لاتجاهات التغير في المجتمع، وأن تبنى الخطط الجديدة أو تعدل القديمة منها آخذة بعين الاعتبار التغيرات والتطوّرات الحاصلة في المجتمع.

٤- أن تتوجه التربية إلى تكوين الإنسان الاجتماعي المتكامل بجميع مناحيه الجسمية والعقلية والفكرية والنفسية، القادر على التكيف مع مجتمعه والتفاعل معه عن طريق الخبرة المباشرة، والمساهمة الإيجابية في تطويره، وذلك من خلال ما يلي:

أ- الرعاية العلمية والثقافية والفكرية للناشئة، وإعدادهم إعداداً يؤهلهم للقيام بدورهم الفاعل في مجتمعهم مستقبلاً.

ب- تشجيع الناشئة على العمل الهادف، واكتشاف سبل جديدة للعمل والإنتاج، وذلك من خلال رعاية مشاريعهم البحثية وتوجيهها في هذا المجال.

ج- الابتعاد عن الأسلوب التقليدي الذي يعتمد على التلقين والحفظ، وإتباع أساليب حديثة تعتمد على الحوار والنقاش وحرية الرأي والتعبير والنقد والتعلم الذاتي، وتعليم التلاميذ الأسلوب العلمي في حلّ المشكلات.

٥- أن تعمل التربية على ربط الأفراد بثقافة مجتمعهم، وأن تعمل بالتالي على إبراز هويتهم الثقافية، مما يؤدي إلى ارتباطهم بمجتمعهم، ويزيد من اعتزازهم به وولائهم له. وهنا لابدّ أن تقوم التربية بإبراز حضارة المجتمع بصورتها الواقعية ومميزاتها عن الحضارات الأخرى، وإثارة وعي المتعلّم للاهتمام بالمحافظة على تميزه الحضاري والثقافي وتأكيد هويته وتعزيزها.

٦- أن لا تعدّ التربية الناشئة للتفاعل العاطفي مع مجتمعاتهم فحسب، وإنما لتفاعل حيوي مع أفرادها ومؤسساتها المختلفة. ويتمثل هذا التفاعل في خدمة المجتمع من خلال إشراك التلاميذ في أنشطة عملية تعود عليهم وعلى مجتمعهم بالنفع

والفائدة، مثل إشراكهم في زراعة الأشجار في المناطق الجرداء أو الجبلية، أو في تنظيم المرور، أو في قطف الثمار، أو في صيانة المرافق العامة وغيرها، وبهذا يكون الفرد قد اعتاد منذ الصغر على التعامل الفعلي مع أنظمة المجتمع الاقتصادية والسياسية والثقافية والتكنولوجية، وغيرها.

الأهداف الاجتماعية للعملية التربوية:

تسعى العملية التربوية إلى تحقيق مقاصد اجتماعية عديدة، منها نذكر ما يلي:

١- المحافظة على بقاء المجتمع واستمراريته، وتطوّره وازدهاره، إذ لا مجتمع بدون تربية.

٢- تكوين الاتجاهات وأنماط السلوك الاجتماعي الإيجابي لدى الأفراد في المواقف الاجتماعية المختلفة، وبمعنى آخر اكتشاف السبل الملائمة للانسجام مع أنماط التفاعل والتنظيم داخل المجتمع.

٣- دمج الأفراد في ثقافة المجتمع، إذ يخضع الطفل في بداية عهده لعمليات الاكتساب بالتقليد والمحاكاة أو بالامتثال للنهي والأمر، ثم تتحول العملية إلى اندماج الفرد نتيجة خضوعه لبرامج منظمة ومقصودة عند دخوله المدرسة وفي مراحل نضجه ورشده.

٤- تحقيق الوفاق الاجتماعي، إذ تعمل التربية على تركيز اهتمام الأفراد على العموميات الثقافية التي تعزز الأنماط السلوكية المشتركة لدى الجماعة التي ينتسبون إليها.

٥- تجذير المعايير والقيم الاجتماعية والأخلاقية لدى الأفراد وذلك من خلال تزويدهم بالخبرات المباشرة والممارسات العملية كلما أمكن ذلك.

٦- تثبيت القيم والأفكار الجديدة التي تتناسب مع المجتمع وطبيعته، وتعديل بعض الأفكار وأنماط السلوك والاتجاهات السائدة وتغييرها بما يتناسب مع المستجدات الحديثة في المجتمع.

٧- تحقيق النمو الشامل والمتكامل والمتوازن لأفراد المجتمع من جميع النواحي الجسمية والعقلية والفكرية والنفسية والاجتماعية، فالتربية هي الحياة، وهي مسؤولة عن تهيئة فرص النمو أمام أفرد المجتمع.

٨- مساعدة الأفراد في اكتساب الخبرات الاجتماعية، ويكتسب الأفراد هذه الخبرات من خلال ما تنقله إليهم المناهج وما ينقله إليهم المعلوم، وأيضاً من خلال التفاعل الاجتماعي. ويعد اكتساب هذه الخبرات من الأمور الضرورية لاندماج الفرد في مجتمعه.

٩- مساعدة الأفراد على تعلّم الأدوار الاجتماعية. فالتربية باعتبارها ضرورة اجتماعية تهدف إلى مساعدة الأفراد على اكتساب أنماط السلوك التي يتوقع منهم ممارستها بحسب طبيعة المراكز التي يمكن أن يحتلوها في المجتمع، وطبيعة الأدوار المنوطة بهم.

١٠- إعداد الكوادر البشرية المؤهلة القادرة على تحمل مسؤولياتها الكاملة في المجتمع، واللازمة لإنجاح خطط التنمية فيه.

المجتمـــــع

أولاً: المجتمع وعناصره: المجتمع عبارة عن مجموعة من الأفراد يعيشون معاً بتعاون وتضامن ويرتبطون بتراث ثقافي، أو معتقد معين ولديهم الإحساس بالانتماء بعضهم لبعض والولاء لمجتمعهم وعقائدهم ويكونون مجموعة من المؤسسات تؤدي لهم الخدمات اللازمة في حاضرهم وتضمن لهم مستقبلاً مشرفاً في شيخوختهم وتنظم العلاقات فيما بينهم.

عناصر المجتمع:

يتكون كل مجتمع من المجتمعات من عناصر أساسية تؤثر تأثيراً كلياً على حياة الجماعة التي تعيش فيه وتصبغهم بصبغة معينة وتشكلهم بشكل ما، وتخلف منهم جماعة لها كيان خاص منفرد عن غيرهم من الجماعة وأهم تلك العناصر التي يتكون منها المجتمع ما يلي:

١. مجموعة الأفراد أو الناس الذين يعيشون معاً ويقصد بذلك:

أ) عدد السكان في الجماعة المحلية المحيطة.

ب) التركيب الجنسي والسن.

ج) مستوى التعليم ونسبة الأحياء والمشاكل التربوية.

د) الأجناس والقوميات المختلفة الموجودة في المجتمع والتي تؤدي إلى اختلاف الاتجاهات والأهداف.

هـ) المستويات الاجتماعية للجماعة ووجود الطبقات الاجتماعية الذي يؤدي بدوره إلى ظهور حالة معينة من العلاقات بين الجماعة الواحدة.

٢. البيئة الاجتماعية والتنظيم الاجتماعي: ويقصد بذلك الدوائر الاجتماعية التي تقوم على خدمة الجماعة في المجتمع الواحد وتكون تلك الدوائر مكونة من

أفراد المجتمع وهدفها مجابهة المشكلات التي تقابل الجماعة ومن هذه الدوائر المؤسسات والجماعات والهيئات والتجمعات.

٣. البيئة الطبيعية ويتضمن ذلك كل ما في البيئة من أوضاع طبيعته ليس للإنسان دور في تكوينها ومنها المناخ والطوبوغرافيا والتربة والمياه والمعادن والغابات.

ثانياً:

علاقة المجتمع بالصحة والمرض وأثرها على برامج الخدمة الصحية:

لقد بينت الدراسات والأبحاث أن هناك ربط واضح بين العوامل الاجتماعية (الطبقة الاجتماعية والأصول العنصرية والمستوى التعليمي والثقافي والمؤسسات الصحية والمهنية و... الخ) وبين استجابة المريض للمرض وأساليب الاستفادة من الخدمات الصحية المتاحة ويمكن أن نستنتج أو نفهم ذلك من خلال التطرق إلى بعض عناصر المجتمع وعلاقتها بالصحة والمرض وبرامج الخدمة الصحية.

أ) العوامل الاجتماعية مثل المستوى الاقتصادي والتعليم وحجم الأسرة وحالة السكن و... تعمل في الغالب على توطين المشكلات الصحية واستمرارها في المجتمع أو تعمل على تقليلها والتخلص منها ومن الأمثلة على ذلك:

١. الفقر والجهل والاعتقاد الخاطئ في القضاء والقدر، والتراخي في علاج الأطفال برفع معدل الوفيات بين الأطفال الرضع.

٢. المعتقدات الخاطئة المتوارثة مثل عين الحاسد، الملابس الحمراء في مرض الحصبة، الزار، واستخدام الأحجبة تعمل على عدم الاستفادة من الخدمات الصحية بل بالعكس تؤدي إلى انخفاض المستوى الصحي في المجتمع.

٣. الفقر وسوء التغذية وازدحام أفراد الأسرة داخل حجرة واحدة، والبصق على الأرض عوامل تساعد على انتشار وتفشي بعض الأمراض في المجتمع مثل مرض السل وأمراض سوء التغذية وتوالد الذباب و... الخ.

٤. عدم المعرفة بالعادات الغذائية السليمة أو التقيد بعادات غذائية خاطئة يؤدي إلى حدوث كثير من الأمراض مثل أمراض سوء التغذئية.

٥. الحالة السكنية وعدم توفر المياه الصالحة للشرب، وقلة التهوية وعدم وجود الصرف الصحي السليم تؤدي إلى انتشار الأمراض بين أفراد الأسرة وبالتالي المجتمع مثل الأمراض التي تنتقل عن طريق الهواء (التهاب الرئة، التهاب السحايا) أو الأمراض التي تنتشر عن طريق الطعام والشراب مثل (إسهالات الأطفال...).

ب) تتأثر أنواع الأمراض ومعدلات الوفيات وأنواعها في المجتمع بالقيم المتصلة بتنظيم الأسرة، والعمل، والترويح والتطلعات الاجتماعية والمنافسة، والتضامن الاجتماعي وبالنماذج الثقافية المتعقلة بتربية الأبناء وتنشئتهم الاجتماعية ولتوضيح ذلك نسرد الأمثلة التالية:

١. فالبيئة الصناعية تعد مصدراً من مصادر الإصابة بالأمراض مثل (أمراض الرئة).

٢. معايير الجماعة المتصلة بالتدخين وتعاطي الخمور وممارسة الجنس وأسلوب الحياة إما أن تعرّض هذه الجماعات للإصابة بالأمراض أو تجمعهم منها.

٣. هناك ارتباط بين الطبقة الاجتماعية وبعض الأمراض مثل السمنة والبدانة والطبقة الاجتماعية العليا.

٤. التحديد التقليدي لأدوار الجنسين الذي يمنع النساء من التدخين وتعاطي الخمور، تعمل في الوقت ذاته على حمايتهن من الإصابة بأمراض كثيرة، بينما المساواة بين الجنسين أدى إلى تزايد معدلات النساء اللاتي يتعرضن للإصابة بالأمراض الناتجة عن التدخين والخمور.

ج) تعتبر المؤسسات الصحية (مستشفيات، ومراكز صحية، عيادات... الخ) من حيث عددها بالنسبة لعدد السكان وإمكانياتها وتنظيمها أحد العوامل الهامة ذات التأثير الكبير على الخدمة الصحية فقد تكون عائقاً أو دافعاً في تحقيق أهداف هذه الخدمة وكذلك فإن مدى تشجيع منظمات الرعاية الطبية للجمهور لكي يقبل على الإفادة من الخدمات التي تقدمها، نوع العقبات التي قد تضعها هذه المنظمات لكي تحول دون وصول الخدمة إلى الجمهور، وكذلك كفاءة الخدمة الطبية (اقتصادياً أو إدارياً أو نفسياً أو اجتماعياً)، تؤثر في كفاءة الخدمة الطبية وفي إقبال الجمهور على الإفادة منها.

الوحدة الرابعة

المؤسسة الصحية كتنظيم اجتماعي

- مفهوم المؤسسة الصحية وتشمل
- خصائصها
- الاعتبارات التي تستوجب وجود إدارة الخدمة الاجتماعية
- الموقع، النشأة، الإمكانات، التجهيزات
- المؤسسة الصحية والمجتمع المحلي
- الأطباء والأداء المهني للخدمة الصحية
- العوامل التي تؤثر على دور الطب
- الأطباء والأداء المهني للخدمة الصحية
- الممرضون والممرضات والخدمة الصحية
- الواجبات الأساسية للممرض أو الممرضة
- الفنيون والخدمة الصحية



مفهوم المؤسسة الصحية

الخدمة الاجتماعية الطبية: هي خدمة اجتماعية في مؤسسة صحية تساعد الأفراد والجماعات في مواجهة المشكلات التي تتطلب المساعدة الفنية للعلاج.

المؤسسة الصحية: هي كل وحدة أو تنظيم مستقل للخدمات العلاجية والوقائية وتقدم هذه الخدمات لأفراد يقيمون في بيئة جغرافية أو يتبعون قطاعاً مهنياً أو طبقي.

المؤسسات الصحية العلاجية: مثل المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية.

المؤسسات الصحية الوقائية: كمراكز الأمومة والطفولة والصحة المدرسية ورقابة الأمراض... الخ.

تتسم المؤسسة بما يلي:

١. تعدد الأقسام.
٢. كثرة أعداد العاملين واختلاف تخصصاتهم ومسؤولياتهم.
٣. تتسم بنمط خاص يكسبها منظر المرضى ورائحة الدواء ولون الملابس مظهر خاص.

الخصائص المميزة لعلاقة الخدمة الاجتماعية بالمؤسسة الطبية:

١. الخدمة الاجتماعية في المستشفى ليس وحدة مستقلة وإنما مكملة لعلاج المرضى.
٢. أن دور الاختصاصي الاجتماعي الطبي تكمن في أن صحة المريض تتوقف على حالته الاجتماعية والنفسية.

٣. الاختصاصي الاجتماعي في المستشفى هو المنسق للعلاقات الخارجية في المستشفى.

٤. يستوجب التوعية بما يتعلق بأهمية الخدمة الاجتماعية الطبية.

٥. لتفرع الأقسام وكثرة التخصصات فإن أهمية الخدمة الاجتماعية في المستشفى تساهم في إيجاد التكامل والتناسق بين مختلف الجهود لخدمة المريض وعلاجه.

٦. دور الخدمة الاجتماعية الطبية في تذليل الصعوبات التي تعترض المريض في مواجهة ارتفاع نفقات العلاج.

الاعتبارات التي تستوجب وجود إدارة الخدمة الاجتماعية الطبية:

١. ليساهم في النظم الخاصة بقبول المرضى وحقهم في الاستفادة من العلاج والدواء.

٢. تكميلاً لمختلف الأدوار في الخدمات الصحية كالخدمة الطبية وأقسام التغذية والعلاج الطبيعي.

٣. ليساعد في تهيئة البيئة الاجتماعية والنفسية للمريض.

٤. لمساعدة الأطباء في شرح المرض والعلاج والجوانب النفسية لتفرغ الأطباء بالناحية التشخيصية والطبية.

٥. إيجاد البرامج التي تساعد المريض المتواجد لفترات طويلة في المستشفى تحمل عناء الإقامة مثل النشاطات المختلفة والحفلات...

الموقع:

- إن مستوى الاتصال الأول في النظام الصحي هو الرعاية الصحية الأولية.
- تشتمل الخدمات الصحية في المدن على مختلف الخدمات الصحية من رعاية صحية أولية وعيادات وعيادات اختصاص ومستشفيات.
- تشتمل الخدمات الصحية في القوى فتقتصر على الوحدات والمراكز الصحية.

- من أهم أسس تقديم الخدمات الصحية الموقع فكلما كانت قريبة وسهل الوصول إليها كلما زاد الإقبال عليها وحققت الهدف في استفادة متلقي الخدمات منها.
- المؤسسات الصحية في المدن تمتاز باهتمام القطاع الصحي بها حيث تتوفر فيه كافة الإمكانات ويمتاز بمواقعه في قلب المدن حيث الكثافة السكانية وهذا يؤدي إلى زيادة الإقبال عليها والاستفادة منها.

النشأة:

- أساس أو تنظيم صحي في المملكة عام ١٩٢١ باسم دائرة الصحة العامة.
- أنشأت مراكز لمحافظة الأمراض السارية.
- في عام ١٩٥٠ تشكلت أول وزارة صحة.
- أنشأ في كل مدينة دائرة للصحة تقدم خدمات علاجية ووقائية.
- اتسعت الخدمات لتشتمل على المستشفيات والمختبرات وأقسام الأشعة.
- تطورت الخدمات خلال عقد الثمانينات والتسعينات.
- أصبح هناك خدمات علاجية متخصصة وزاد التركيز على الخدمات الوقائية.

الإمكانات:

- هناك علاقة واضحة بين الصحة والتنمية الاقتصادية.
- اهتم الغرب بدراسة الإمكانات الاقتصادية وتأثيرها على الصحة والعلاقة بين التنمية والصحة.

- بينما في العالم النامي لازالت تعاني من مشاكل الفقر وتدهور المستويات المعيشية ومستوى الخدمات الأساسية مما يؤدي إلى انحدار المستوى الصحي للأفراد.
- اعتماد الخدمات الصحية المقدمة على مستوى التنمية الاقتصادية، وخصوصاً وأنها تحتاج إلى إمكانات كبيرة جداً.

التجهيزات الطبية:

- تختلف التجهيزات الطبية باختلاف طبيعة المؤسسة الصحية وباختلاف مواقعها.
- تعتبر المستشفيات في المدن الكبيرة أكثر اهتماماً بالتجهيزات والكوادر الصحية.
- المستشفيات الكبيرة مجهزة بغرف عمليات ومراكز أشعة متخصصة ومختبرات متخصصة.. الخ.
- تجهز المراكز الصحية بتجهيزات متواضعة تماشياً مع نوع الخدمات المقدمة.
- تمتاز المستشفيات والمراكز الصحية في القوى بافتقارها إلى التجهيزات والمختبرات.

المؤسسة الصحية والمجتمع المحلي

مكونات المؤسسة الصحية:

متلقي الخدمات الصحية (مراجعي العيادات الخارجية):

- تمتاز العيادات الخارجية بكثرة المترددين على خدماتها حيث تقدم هذه الخدمات للمرضى من مناطق مختلفة حيث تعتبر مركزية في خدماتها.
- تقل أعداد المراجعين لخدمات المراكز الصحية وللخدمات في القرى والريف.

الأقسام الداخلية وإمكانياتها الخدمية:

- تمتاز المستشفيات بإمكانياتها الخدمية الكبيرة حيث تشتمل على أعداد كبيرة من الأسرة وأقسامها الداخلية وما تنفرد به من تخصصات طبية.
- تشتمل الأقسام الداخلية على تجهيزات ومعدات ووسائل حديثة للتشخيص والتعقيم وحفظ الأدوية وحجرات العمليات وأجهزة التنفس الاصطناعي.
- أما المراكز الصحية فتقدم خدمات صحية أولية ترتكز على الرعاية الوقائية.

الخدمات المقدمة (علاجية ووقائية):

- الخدمات العلاجية:

تقدم المراكز الصحية الخدمات الصحية وتهتم بعلاج الكثير من الأمراض، أما الأمراض التي تحتاج إلى خدمات متخصصة فتحول إلى المراكز الشاملة والمستشفيات.

- الخدمات الوقائية:

تقدم الخدمات الوقائية في المراكز الصحية حيث تشرف على رعاية الأم والطفل والصحة المدرسية ورقابة الأمراض كما تهتم بالجانب الصحي البيئي كمراقبة مياه الشرب.

- الأمراض المهنية والبيئية:

- تنتشر في المدن الأمراض المرتبطة بالمدينة مثل أمراض القلب والأمراض النفسية.
- تنتشر في القرى أمراض مثل البلهارسيا، ولدغ العقارب والأفاعي وذلك للظروف البيئية التي يعيشونها أهل القرى.

الأطباء والأداء المهني للخدمة الصحية

أولاً: الطبيب

الطبيب هو الشخص الذي يلجأ إليه المريض لكي يساعده في علاج حالته المرضية مستعيناً في ذلك بالوسائل العلمية الطبية، ولذلك كان إعداد الطبيب من المسائل المهمة التي تحرص على الاهتمام بها الهيئات العلمية والطبية والسياسية في كل المجتمعات، ولذلك أيضاً كانت دراسة الطب من الدراسات الشاقة التي تحتاج إلى جهد متواصل ووقت طويل وقدرات ذهنية وشخصية مناسبة.

دور الطبيب:

إن الدور التقليدي للطبيب هو دور محدد مهنياً لأن العلاقات بين الأطباء والمرضى تتركز حول صحة المرضى ومشاكلهم الصحية لا على أية مشكلات شخصية من أي نوع آخر، وهو دور إيجابي فالمطلوب من الطبيب أن يتدخل بفاعلية لعلاج المرض، كما أن دوره محايد بمعنى أن يقدم الطبيب خدماته الطبية للمريض، أياً كان هذا المريض. ثم إنه دور يحكمه اتجاه لتقدير القيم الجماعية يتضمن من الأيدولوجية المرتبطة بمهنة الطب والتي ترى أن تحقق مصلحة المريض أهم من تحقيق مصلحة الطبيب.

وينظر علماء الاجتماع إلى النظام الطبي على أنه نظام من العلاقات الاجتماعية، فالمرض ظاهرة اجتماعية وليس فقط حالة بيولوجية.

وإذا كانت المهمة الأساسية للطبيب هي تشخيص وعلاج المرض، فالواقع أن عملية التشخيص والعلاج تتضمن عدة جوانب فهي أعمق وأشمل كثيراً مما تتضمنه النظرية العلمية للمرض، ومن ناحية أخرى فإن جزءاً كبيراً مما يقدم للمرضى من خدمات طبية هو في حقيقته محاولات لمعاونتهم على التوافق بطريقة أفضل مع ظروفهم الاجتماعية

أكثر منه علاجاً لأمراض عضوية، وللمرض دور اجتماعي وكذلك للطبيب دور اجتماعي والمجتمع يحدد لشاغل كل دور من هذه الأدوار مجموعة من الحقوق والواجبات، أو هو يرسم توقعات معينة لما يكون عليه سلوك شاغل كل دور من الأدوار.

والتعريف الاجتماعي لدور الطبيب في المجتمع هو من أهم القوى المؤثرة في تعامل الطبيب مع المريض واهتمامه به واستجابته له، فما يقدمه الطبيب للمريض لا يتوقف على المستوى العلمي للطبيب أو على مدى تمسكه بأخلاق المهنة، وإنما يتأثر أيضاً بما يتوقعه المجتمع من سلوك الطبيب وما يلقيه عليه من مسؤوليات، ولا يتضح المعنى الحقيقي لوضع الطبيب في المجتمع ومدى اتساع مجال نشاطه وخدماته إلا من خلال التقدير الكامل لمكونات دور الطبيب.

ويهتم علم الاجتماع الطبي بدراسة دور الطبيب لمحاولة الكشف عن مكونات هذا الدور ودراسة الاحتكاك بين الطبيب والمريض، ويمكن توضيح العلاقات بين دور الطبيب ودور المريض فيما يلي (تحليل بارسونز لدور المريض ودور الطبيب).

دور الطبيب	دور المريض
التوقعات (الواجبات) ١- لديه الكثير من المهارات والخبرات يستفيد منها في علاج الأمراض المختلفة. ٢- يعمل على تحقيق مصلحة المريض والمجتمع أكثر مما يعمل على تحقيق مصالح خاصة مادية كانت أو غير مادية. ٣- عليه أن يكون موضوعياً، ويعني هذا أن لا يحكم على سلوك المريض بناء على قيم واتجاهات خاصة به، ولا يتورط عاطفياً مع المرضى مما قد يؤثر على قدرته على العمل. ٤- عليه أن يلتزم بقواعد وقرارات ممارسة مهنة الطب. الحقوق: ١- من حق الطبيب ان يفحص جسم المريض وأن يستجوب المريض عن خصوصياته سواء الخاصة بحالته الجسمية أو بحياته الخاصة. ٢- يمنح الطبيب قدراً أكبر من السلطة في عمله وفي علاقته مع العاملين معه. ٣- يشغل الطبيب وضعاً يمثل القوة والنفوذ في علاقته مع المريض.	الواجبات والحقوق: ١- يجب على المريض أن يرغب في تحقيق الشفاء من المرض بأسرع ما يمكن. ٢- عليه أن يبحث عن علاج طبي لمرضه وأن يتعاون معه الطبيب المعالج. ٣- من حقه أن يسمح له بالتخلي عن بعض مسؤولياته وأنشطته المعتادة (كالعمل أو الدراسة أو الأعمال المنزلية). ٤- ينظر إلى المريض على أنه في حاجة إلى مساندة ورعاية فهو لا يستطيع أن يشفى من مرضه بناء على رغبته أو قراره الشخصي.

فبينما نتوقع من المرضى أن يتعاونوا تماماً مع الأطباء، ونتوقع من الأطباء أن يستخدموا خبراتهم ومهاراتهم المتخصصة في خدمة المرضى، ولكي يستطيع الأطباء ن يشخصوا حالة المرضى بدقة لعلاجهم، فهم غالباً ما يجرون الفحوص الطبية والجسمية ويطلبون معلومات عن خصوصيات المرضى المرتبطة بأجسامهم أو بحياتهم الخاصة، لذلك يجب على الأطباء الالتزام بالمحافظة على أسرار المرضى وأن يكونوا موضوعيين في تعاملهم معهم.

العوامل التي تؤثر على دور الطبيب:

يتعرض الدور المهني للطبيب في معظم المجتمعات لعوامل اجتماعية وعلمية وتكنولوجية تؤثر في هذا الدور ومن هذه العوامل.

أ- تغير نوعية الأمراض السائدة في المجتمع مما يستدعي معرفتها وكيفية التعامل معها.

ب-إن تغير نوعية الأمراض السائدة في المجتمعات الحديثة، صاحبة تغير في النظرة إلى أهم العوامل المسببة للأمراض. وأصبح من الواضح أن العوامل البيئية والضغوط الاجتماعية والنفسية هي أهم العوامل المسببة للأمراض في العصر الحديث. وهذا الوضع أضاف بعداً جديداً إلى دور الطبيب حيث لم تعد الأمراض الآن قابلة للحصر والتوصيف بنفس الطريقة التي كانت سائدة في الماضي، ولم يعد العلاج نمطياً كما كان بالنسبة للأمراض في الماضي، وأصبح الاتجاه الحديث في الطب وهو ما يطلق عليه "الرعاية الشاملة للمريض" والمقصود (به الاهتمام بالمريض كوحدة متكاملة جسمية واجتماعية ونفسية، أو الاهتمام بالمريض مع مراعاة كافة الظروف المحيطة بحياته طالما أن هذه الظروف تؤثر في حالته الصحية، وتسبب فيما قد يصيبه من أمراض).

ج- إن دور الطبيب مكمل لدور المريض، وعلى ذلك فما قد يحدث في تغير من دور المريض يؤدي إلى تغير دور الطبيب، فزيادة الثقافة الصحية والطبية لدى الناس والمرضى أدى إلى تغير نظرة المرضى إلى الأمراض وإلى الأطباء، ولعل من مظاهر هذا التغير في أدوار المرضى وأدوار الأطباء انتشار ظاهرة أزمة الثقة في المجال الطبي. فقد قلت ثقة المريض في الطبيب وأصبحت العملية العلاجية في نظر الكثيرين هي تجارب علاجية غير مضمونة النتائج.

د- شأن الطبيب شأن أي شخص أخر يتعرض في أدائه لدوره لصراع الأدوار سواء في دوره كطبيب أو دورة الأسري، أو دوره في هيئات ومؤسسات اجتماعية مختلفة، أو دوره مع زملائه في المهنة، ولهذا يواجه الطبيب بعض الصراعات عند ممارسته لدوره منها.

١. إن الطبيب عادة لا يعالج أو لا يشرف على علاج مريض واحد، وإنما عدد من المرضى، وهنا يظهر صراع بين حاجة المريض الواحد الذي هو بحاجة إلى الطبيب قبل الآخرين وحاجة المرضى جميعاً، أو أيهما أسبق مصلحة الفرد أو مصلحة الجماعة.

٢. في حالة تعدد المرضى قد لا تكون الوسائل المتاحة لرعايتهم كافية لإشباع حاجاتهم جميعاً بطريقة فعالة وهنا يتعين على الطبيب أن يفاضل فيما بين المرضى على الرغم من أن دوره يحتم عليه أن يكون موضوعياً ومحايداً لا يتحيز إلى واحد منهم.

٣. حاجة الطبيب إلى موازنة مصالح المريض في أي فترة في الوقت مع مصلحة نفس المريض في المستقبل.

٤. اهتمام الطبيب بمصالح المريض في مقابل اهتمامه بأسره المريض أو أقاربه.

٥. إن دور الطبيب يوجب عليه أن يسارع إلى علاج المريض الذي يلجأ إليه، ولكن يجد الطبيب نفسه في بعض المواقف، غير قادر على مساعدة المريض، أما لأن المرض غير قابل للعلاج، إما لأن المريض يطلب حاجة ليست في متناول يد الطبيب بحال من الأحوال.

الأطباء والأداء المهني للخدمة الصحية

يمثل الأطباء القاعدة الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية للمجتمع، وبالتالي يتوقف مستوى الخدمات على مدى التأهيل العلمي للطبيب، والدورات التدريبية التي اجتازها، وإمكانيات التدريب الطبي بالمؤسسة الصحية التي يعمل بها لتحديث معارفه العلمية وتوسيع نطاق خبرته، والواقع أن المهارة الطبية والتأهيل العلمي وتدريب الطبيب لا جدوى منها في رفع مستوى الأداء للخدمة الصحية إلّا بمراعاة الوضع الاجتماعي للطبيب في المجتمع ومستوى دخله الشهري، والحفاظ عليهما ليتفرغ لتحسين أدائه الطبي.

١. التأهيل العلمي للطبيب (الدراسات العليا):

يقدر جميع الأطباء أن الحياة المهنية بعد التخرج لا تقدم خبرات علمية جديدة، إلاّ من خلال الدراسات العليا التي تكسبهم المعرفة الجديدة والأساليب الطبية الجديدة في العلاج والتشخيص والوقاية، وفي التقنية الحديثة للفحص الطبي.

والملاحظ أن التأهيل العلمي للطبيب يعتبر مشكلة مُلحه لكثير من الأطباء وذلك لعدم قدرتهم على إكمال الدراسات العليا بسبب:

- ظروفهم الاقتصادية.
- قلة عدد المستشفيات المؤهلة للدراسات العليا.
- عدم قدرة المستشفيات المؤهلة للدراسات العليا لاستيعاب أعداد كبيرة من الأطباء.

هذا بالإضافة إلى أن معظم الأطباء في الوحدة الصحية وكذلك المراكز الصحية لا يكتسبون معرفة علمية جديدة، ولا خبرة من الأخصائيين ولا يقرأون كتباً طبية حديثة وقد يصل الحال إلى نسيان معظم ما تعلمون في كلية الطب.

٢.الدورات التدريبية للأطباء:

تقوم عادة وزارة الصحة بعقد دورات تدريبية للأطباء العاملين في المراكز الصحية لرفع مستوى كفاءتهم وأدائهم من خلال تنمية معلوماتهم الفنية باستمرار وتطوير مفاهيم ومواقفهم بما يناسب مفهوم الرعاية الصحية الأولية وتنمية المجتمع.

والملاحظة على هذه البرامج التدريبية أنها لا تفيد الطبيب بقدر ما يفيده الواقع العملي ذاته، علاوة على أن بعض الأطباء يسخرون منها ويتهكمون عليها، وتحول ظروف بعضهم الآخر دون الحضور والاستفادة من التدريب وقد يتهرب البعض من التدريب ولا يبالون به.

٣.التعليم (الطبي) المستمر للأطباء:

وهو يعتمد على التعليم الأساسي من البداية وحتى الدراسة الجامعية، ويجب أن يتم ذلك من خلال عقد دورات تدريبية دورية ومتكررة للأطباء في الأقسام المتخصصة في المستشفيات المؤهلة.

٤.الوضع الاجتماعي للطبيب وأداؤه المهني:

من الملاحظ أن الطبيب إذا أحس بوضع اجتماعي متميز، وبمقومات اقتصادية تدعم هذا الوضع، تحسن أداءه المهني وقدّم خلاصة خبرته في الخدمة الصحية، وإن تدني وضعه وتدهورت المقومات الاقتصادية له، وجهه جهده للبحث عما يحسن دخله ويرفع وضعه الاجتماعي ليواجه به أعباء معيشته وحياته، وبالتالي فلن يبالي بتقديم الخدمة الصحية في المؤسسة على أكمل وجه.

الممرضون والممرضات والخدمة الصحية

التمريض:

هو علم وفن ومهارة يتم من خلال تقديم الخدمات الصحية للمجتمع، فهو علم لأنه يعتمد على كثير من العلوم الأساسية كعلم التشريح ووظائف الأعضاء، وهو فن ومهارة لأنه يتطلب دقة في العمل وسرعة في البديهة والأداء مع الإخلاص.

الممرض أو الممرضة:

هو الشخص الذي استوعب البرامج أو المتطلبات الأساسية الأخلاقية والعملية والعلمية لعلم التمريض، فأصبح قادراً على القيام وممارسة عملة بعد أن أصبحت لديه المعرفة الكافية لتقديم أفضل الخدمات الصحية للأفراد للوقاية من الأمراض والسهر على راحتهم أثناء المرض.

يعتبر الممرض أو الممرضة الضلع الثاني لمثلث الخدمة الصحية في المؤسسات الصحية لذلك يزداد الطلب عليهم في المؤسسات العامة والخاصة، وهناك عدة أسباب لعدم توفر الأعداد المطلوبة ومن هذه الأسباب:

أ- طبيعة العمل الشاق: حيث تكون مدة العمل ثماني ساعات، ووجود ثلاث فترات للعمل صباحاً وبعد الظهر وليلاً.

ب-نقص في المردود المادي: حيث يعتبر المردود المادي للممرض أو الممرضة قليلاً بالنسبة للمجهود الذي يؤدونه.

ج- رفض الأهل: بعض الأهالي يعترضون على مهنة التمريض وخاصة بالنسبة للدوام، وتزداد هذه العارضة بعد زواج الممرضة وغالباً ما يكون سبب الرفض لغايات اجتماعية ولطبيعة التقاليد عند بعض أو أكثر الأهالي.

د- الهجرة: خاصة مع الزوج للدول المجاورة لتحسين الوضع الاقتصادي.

التكييف المهني:

لكل عمل رجاله، ولكل مهنة أفرادها، ومن يعمل لمهنة يجب أن يكون راغباً فيها حيث يكون العطاء أكثر وأكثر، ومهنة التمريض من أكثر المهن التي تتطلب تكيف الممرض أو الممرضة مع ظروف العمل الصعبة ومع إنسان ضعيف غير سوي، ومع زملاء وأطباء وإداريون وغيرهم.

a. العلاقة مع المريض: يجب أن تكون العلاقة مع المريض بمنتهى المودة والمحبة، وأن يتلقى العناية الكافية وأن يقدم له العلاج والغذاء والراحة بعلاقة أخوية وتعليمية وإرشادية بما هو في مصلحة المريض وصحته.

b. العلاقة مع الطبيب: يجب أن تقوم العلاقة بين الممرض والممرضة والطبيب على الاحترام المتبادل والزمالة لمصلحة المريض فالتمريض مسؤول عن تنفيذ أوامر الطبيب بإعطاء العلاج وكيفيته ومقداره، وتنفيذ خطة الطبيب في المعالجة، كما يجب على الممرض أو الممرضة أن تكون بجانب الطبيب أثناء زيارة المرضى وعليهم أن ينقلوا للطبيب استجابة المريض للعلاج ومدى تحسنه، ويجب أن يكون الممرض أو الممرضة بجانب الطبيب أثناء العمل الجراحي، وإسعاف المريض و...

c. العلاقة مع الزملاء: ويقصد بالزملاء الممرضون والفنيون والصيادلة وجميع العاملين في المستشفى أو الوحدة الطبية ويجب أن تكون العلاقة بينهم على الشكل التالي:

- علاقة احترام متبادل.
- علاقة العمل (طاعة المسؤول واحترام الصغير).
- أن يحاول الممرض أو الممرضة تعليم من هم دونهما بما يخص المهنة.
- تجنب الاصطدام والأمور الشخصية ما أمكن.
- التعاون بما يخدم مصلحة المريض.

الواجبات الأساسية للممرض أو الممرضة

يقوم الممرض أو الممرضة بخدمات صحية عديدة، وتختلف طبيعة الخدمة الصحية التي يقدمونها حسب المؤسسة الصحية التي يعمل أو تعمل بها وحسب المستوى العلمي للممرض أو الممرضة وحسب طبيعة الوظيفة التي يشغلها أو تشغلها، ولكن بشكل عام يمكن تلخيص الواجبات الأساسية للممرض أو الممرضة على الشكل التالي.

١. العناية بالمريض: للعناية بالمريض جهتان الجهة الأولى هي الناحية الفنية والجهة الثانية هي الناحية النفسية والاجتماعية، وأهم طرق العناية بالمريض تتمثل:

أ- مساعدة المريض على القيام بوظائفه الفيزيولوجية والتي كان يستطيع القيام بها عندما كان سليماً.

ب-تقديم الغذاء والعلاج اللازم وذلك بتنفيذ خطة الطبيب في العلاج والتغذية.

ج- توفير الجو المريح وبث الطمأنينة والراحة النفسية.

د- التنسيق مع أعضاء الفريق الطبي للنهوض بالرعاية الصحية.

هـ- الإشراف على قياس ومعرفة العلامات الحيوية للمريض (ضغط، نبض، حرارة) ووزن المريض، وأخذ العينات المطلوبة له وإرسالها للمختبر وإحضار النتائج وتخطيط القلب و...

٢. التثقيف الصحي: يقوم الممرض أو الممرضة بالأعمال التالية:

أ- في المراكز الصحية تقوم الممرضة عادة بإجراء لقاءات مع الأمهات حيث يشرحن لهن طرق الوقاية من بعض الأمراض وأهمية التطعيم وطرق استعمال محلول الأماهة مثلاً.

ب-في عيادات الحوامل تقوم الممرضة بمساعدة الطبيب والعائلات بشرح بعض أمراض الحمل وفائدة مراجعة طبيب النسائية والولادة في المستشفيات.

ج- زيارة التجمعات السكنية كمدارس الطالبات والطلاب والأندية وتدريبهم على بعض الأعمال التمريضية الإسعافية.

د- المشاركة في الاستقصاء الوبائي.

هـ- المشاركة في عمليات الإحصاء لمعرفة أسباب الوفيات ومعدل بعض الأمراض بمشاركة أخصائي الصحة العامة.

٣. الإدارة: قد يشغل الممرض أو الممرضة وظيفة إدارية كأن تكون الممرضة مديرة للتمريض في وزارات الصحة أو في مستشفى معين أو مديرة قسم في أقسام المستشفى.

الفنيّون والخدمة الصحية

يمثل الفنيّون في المؤسسات الصحية الأساس الذي يعتمد عليه النسق الطبي الرسمي في أدائه المهني للخدمة، ففني الأشعة وفني المختبر يقومون بإجراء التحاليل والفحوص والأشعات اللازمة للتشخيص الطبي السليم وبالتالي الأداء الكفء للخدمة الصحية. وبقدر توافر أعداد هؤلاء الفنيين وكفاءة تأهيلهم وتوافر الأجهزة الحديثة بقدر ما نحصل على خدمة متميزة.

فإذا نظرنا إلى المستشفيات العامة والخاصة والتخصصية نجدها تضم فنيين على درجة عالية من المهارة والخبرة في إجراء التحاليل اللازمة واستخدام الأجهزة الطبية الحديثة، والحقيقة أن أداء الفنيين في هذه المستشفيات لا يقتصر على تقديم الخدمة لمرضى الأقسام الداخلية فحسب وإنما يمتد ليغطي مرضى العيادات الخارجية.

أما الصعوبات التي تواجه الفنيين في المستشفيات فهي تتمثل في نقص ببعض الأدوات والأجهزة الطبية أحياناً وفي لا مبالاة المرضى المستفيدين من استخدام الأدوات المخبرية مما يكون عائقاً أمام أداء الخدمة المتميزة، وعلى الجانب الآخر نجد مشكلة تكرس المرضى طالبي التحاليل والاشعات بالمستشفيات العامة، وبالتالي يعجز الفنيون عن الأداء السريع نظراً لكثرة العينات المطلوبة للمريض الواحد.

أما المشكلات الأعقد فهي ما يتصل بفني الأشعة حيث يتعرض لمخاطر الإشعاع وخاصة إذا كان قسم الأشعة غير مجهز بحوائط عازلة أو عدم توفر الألبسة الواقية للفني، وفي بعض الأحيان نجد استهتار بعض الفنيين بالتعليمات الخاصة بالأشعة وعدم الالتزام بها.

والملاحظ أن طبيب وفني الأشعة يتعرضان لانكسار الأشعة على جسمهما بشكل مزدوج من الجهاز ومن جسم المريض نفسه مما يسبب نقص كريات الدم الحمراء والإصابة بالمرض، وضعف مقاومة الجسم للأمراض عموماً. وهذا كله يقلل من الإقبال على التخصص في الأشعة من الفنيين والأطباء وهذا ينعكس على الأداء المهني لهذه الخدمات الصحية المتخصصة.

أما الفنيون في الوحدات والمراكز الصحية فهم بشكل عام أقل مهارة وخبرة في الفنيين الذين يعلمون في المستشفيات، لأنهم في الأغلب حديثي التخرج، وليس لديهم الخبرة الكافية، بالإضافة إلى أن الفحوصات التي يجرونها في مختبرات الوحدات والمراكز الصحية أولية وسريعة وروتينية تتمثل في فحص الهيموجلوبين وفحص البول والبراز، علاوة على أن الأجهزة المتوفرة في هذه المؤسسات الصحية قديمة (غير حديثة) وغير متطورة وقليلة.

أما الصعوبات التي يواجهها الفنيون في هذه المؤسسات الصحية فهي تتمثل كما ذكرنا في قلة الأجهزة المخبرية وقدرتها بالإضافة إلى المشكلات التي يعانونها من التعامل مع المرضى ما يزيد من العبء على الفني وبالتالي يؤثر على أدائه المهني.

الوحدة الخامسة

العوامل الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالصحة والمرض

- **العوامل الاجتماعية**

مقدمة عن الأسرة

أولاً الأسرة والصحة وتشمل:

تعريف الأسرة، وظائفها ، العوامل المؤثرة في دورها كمؤسسة اجتماعية، آثار المرض على الأسرة.

ثانياً: الطبقة الاجتماعية والصحة والمرض والخدمة الصحية

ثالثاً: المهنة والمرض

- **العوامل الثقافية:**

الثقافة والصحة والمرض

الثقافة والسلوك المرضي

العادات والتقاليد

المعتقدات الطبية الشعبية

العوامل الاجتماعية والثقافية المرتبطة بالصحة والمرض

لا تتوقف التربية عند سن معينة أو جيل محدّد، فهي عملية مستمرة طوال الحياة وعبر كل العصور وعلى مساحة كل الأجيال. والتربية هي عملية تكيّف المتعلّم مع بيئته الطبيعية والاجتماعية، وعملية التكيف هذه مكتسبة يتعلمها الإنسان ويتدرب عليها. وتساهم مؤسسات وعوامل عديدة في تنشئة الإنسان وتربيته وتكيفه بحسب البيئة التي يعيش فيها الإنسان. ذلك إن عملية التكيف والتنشئة ليست مقصورة على الأسرة أو المدرسة فهناك مؤسسات أخرى في المجتمع لها دور فاعل في هذا الصدد ومنها: أماكن العبادة، ووسائل الأعلام، وأماكن العمل والترويح وغيرها.

وسنستعرض فيما يلي الدور التربوي للأسرة:

مرّت عصور كانت الأسرة فيها هي المؤسسة التربوية الوحيدة وكان يساهم معها في هذه المهمة العشيرة أو القبيلة، فكانت الأسرة ترعى الطفل بدنياً ونفسياً، وتعلمه العادات والتقاليد وكيف يعيش، وكيف يكسب عيشه، وكان الطفل غالباً ما يقلّد مهنة أبيه. كما أخذ دور الوالدين أو أحدهما يضعف شيئاً فشيئاً مع غياب الوالدين أو أحدهما عن المنزل ساعات طويلة يومياً في العمل. الأمر الذي أدى إلى ضعف شمل العائلة، وأفقد الأسرة الرعاية اللازمة والكافية من قبل الوالدين، وقد أدى هذا مع الزمن إلى أن تتخلى الأسرة عن كثير من المهمات التي كانت تقوم بها فيما مضى، وبالمقابل أخذت بعض المؤسسات الاجتماعية تنشأ دور الحضانة ورياض الأطفال ورعاية المسنين. كما أن التقدم المادي الذي أحرزته المجتمعات انعكس بالتالي على دور الأسرة والمهام التي كانت تقوم بها، حيث تخلت عن كثير منها كصناعة الخبز، وتحضير بعض الأطعمة التي أصبحت تقوم بها مؤسسات أخرى بسبب تغيير نمط الحياة وازدياد تكاليف الحياة وتعقيداتها.

كما طرأ تغيير على نوع العلاقة التي تسود أفراد الأسرة الحديثة، فبينما كانت تقوم في الماضي على مبدأ التحكم والهيمنة، أخذت تقوم في أيامنا على الاحترام المتبادل للحقوق والواجبات والشعور بأهمية الآخرين، وكان هذا التطور في النظرة والاتجاهات والقيم نتيجة طبيعة للتطورات الاقتصادية والتغير الثقافي والتقدم التعليمي المتسارع وازدياد فرص الاتصال الثقافي والإعلامي بين شعوب العالم كافة، فقد "صارت الأبوة والأمومة علماً وفناً يتعلمها الآباء والأمهات في المدرسة وفي المؤسسات المختصة"[1]. وبسبب تغير الحياة والتقدم الذي طرأ في كافة الصعد فقد انعكس ذلك مباشرة على حياة الأسرة وحياتها اليومية، فأصبحت معظم المنازل تخلو نهاراً من سكانها، حيث يذهب الأطفال والشباب إلى المدارس والجامعات، ويتوجه الوالدان إلى أماكن العمل، وقد أدى هذا إلى إطالة أمد الطفولة في الأسرة الحديثة بعكس ما كان يحصل في الأسرة في المجتمعات البدائية والبدوية حيث كانت تدرب الطفل على العمل والمساهمة في كسب العيش للأسرة في فترة مبكرة، كما لم تكن هنالك دور الحضانة ورياض الأطفال أو المدارس ليذهبوا إليها، مما يعني بالضرورة تقصير مدة الطفولة.

وللأسرة دور عظيم في رعاية الطفل وإشباع حاجته الأساسية من الحب والحنان، فكل طفل يولد ولديه الحاجة لأن يحب ويُحَب. فالأسرة هي مصدر هذا الحب والحنان، والعطف، وبدون هذا المصدر تحصل اضطرابات مختلفة لدى الطفل. "إن الكثير من الدراسات التربوية الحديثة ردت العديد من الاضطرابات العقلية والنفسية عند الطفل إلى افتقاده المحبة وحاجته إلى العطف" ويضيف فاخر عاقل قائلاً: "ولقد دل علم النفس التحليلي بما لا يقبل الجدل على أن الطفل يغار من أمه وأبيه، من أخته وأخيه الأصغر أو الأكبر، ومن الطفل الضيف، فهو يطالب بحقه من المحبة والعناية والرعاية، ويحرص على أن ينالها كاملة غير منقوصة. ولقد ثبت أن الكثير من تصرفات الطفل المرضية التي تبدو

(1) فاخر عاقل: معالم التربية (ص: ٥٨).

وكأنها مردودة إلى أسباب جسدية، إنما أصلها في الواقع نفسي ويعود بالذات إلى غـيرة الطفل... إلى شعوره بالإهمال... إلى افتقاده المحبة، ولقد دل علم الـنفس التحليلـي أن الطفل الذي يبلل فراشه والذي يعرض على الطبيب تبين أنه لا سبب جسدي لـذلك، لقد ثبت أن مثل هذا الطفل قد يكون راغباً في استرعاء انتباه أمه إليه وحملها على العناية به، كما كانت تفعل حين كان صغيراً، وحـين لم يكـن لـه أخ أصـغر تتجـه إليـه عنايـة الأم "[٢].

كما أن الحالة التعليمية والثقافية للوالدين لهما أثر بالغ في نوعية التربية التي يطبقانها على أولادهما وتمارس الأسرة أنواعاً عديدة من التربية ومنها التربية البدنية، حيث تقع على الأسرة مهام المحافظة على صحة الطفل والعنايـة بـه وتعويـده العـادات الـصحية والبدنية السليمة مثل آداب المأكل، والملبس والعادات الرياضية واللعب والاسـتجمام. كما تمارس الأسرة التربية العقلية فقد ثبت أن أهم سنوات حياة الطفل هـي الـسنوات الثلاثة الأولى. فعلى عاتق الأسرة تقع مسؤولية تربيـة الطفـل علـى العـادات الفكريـة السليمة والمواقف الصحيحة، وتعويده على التفكير والحكم والمحاكمـة وتـبني المواقـف الذكية الواعية وتدل الدراسات التربوية والنفسية الحديثة أن الذكاء ينمو ويتطور في ظل الظروف المناسبة والصحية، ومن هنا يأتي دور الوالدين في توفير مثل هذه الظروف.

وللأسرة دور كبير في التربية الاجتماعية، حيث تدرب الطفل على بنـاء علاقـات سليمة وطيبة مع الآخرين تقوم على الاحترام المتبادل وحفظ الحقوق وعدم الاعتـداء، وفي إطار التعاون مع الآخرين، وللأسرة دور أساسي في التربيـة الأخلاقيـة فهـي الـتي تعرف الطفل بالأخلاق الحسنة وتعوده عليها أو العكس. حيث يشكل الوالدان القدوة لهذا الطفل. ومن هنا تأتي أهمية أن يعي كـل مـن الأم والأب دوره في الأسـرة، وأنـه موضع تقليد من قبل الأطفال، والأسرة تمارس التربية الترويحية فهي تعلّم الأطفال كيف

---

(2) فاخر عاقل: المصدر السابق نفسه، (ص: ٦٢).

يلعبون ويستجمون ويرتاحون ويستمتعون ولذلك لابد للأسرة من تخصيص أوقات للنزهة والرحلة والاستمتاع.

وتمارس الأسرة التربية الدينية وغرس القيم في الأطفال، فالقيم والمثل العليا تعين الفرد والأمة على تحديد الأهداف والسعي لتحقيقها. وقد اعتبر الإسلام الأسرة مسؤولة عن صون فطرة الطفل من كل انحراف يمكن أن يصيبها، فالأسرة هي البيئة التربوية الأولى التي تشكل الطفل. ويؤثر في الوظيفة التربوية للأسرة عوامل عديدة منها: ثقافة الأم وتعليمها، فقد أشارت الدراسات النفسية والتربوية إلى أنه كلما ازداد وعي الأم وفهمها لدورها الأساسي في البيت كلما انعكس ذلك إيجابياً على تربيتها لأبنائها الصغار. كما أن الاستقرار النفسي للأسرة شيء أساسي، إذ أن غياب الوالدين أو أحدهما أو مرض أي منهما أو وفاته تؤثر سلبياً على صحة الطفل النفسية. وقد تبين أن العوامل الاقتصادية لها أثر كبير في دور الأسرة، فالانحرافات تحدث أكثر في الأسر الفقيرة منها في الأسر المستقرة اقتصادياً. ولأن الطفل يتأثر بأقرانه، والمرء على دين خليله، فتقع على الأسرة مسؤولية حماية الطفل من أقران السوء.

أما إهمال الطفل فيؤدي إلى نمو الخبائث والعادات والصفات الذميمة كالكذب، والحقد، والحسد، والسرقة والنميمة وكثرة الإلحاح، والتدخل فيما لا يعنيه واللامبالاة.

الأسرة هي المحضن الأساسي للتراحم. والرحمة هي من أهم مقومات النمو النفسي والاجتماعي السليم. وقد لام الرسول ﷺ أحد الصحابة واسمه الأقرع بين حابس التميمي الذي لم يُقبّل يوماً أحداً من أولاده العشرة قائلاً: "من لا يرحم لا يُرحم". فالطفل الرضيع لا ينمو على الغذاء فحسب، بل على عطف الأم وحنانها الذي لا يقل أهمية عن الغذاء، بل هو أهم من الغذاء نفسه ويرى أحد المربين أن نوع التربية التي تقدمها الأسرة لأبنائها تعتمد على العوامل التالية:

١- مركز الطفل نفسه في الأسرة.

٢- المركز الاجتماعي لأم الطفل.

٣- عدد السنوات التي يسيطر فيها المنزل على الطفل.

٤- الحد الذي ترى عنده الأسرة ضرورة إلقاء مهمة تربية الطفل على غيرها.

وإذا اجتمع الزوجان على أساس الرحمة والاطمئنان النفسي المتبادل ينشأ الطفل في جو صحي سليم يوفر له الثقة والاطمئنان والمودة والعطف والحنان بعيداً عن القلق والأمراض النفسية، التي تدمر شخصية الناشئ، مصداقاً لقوله تعالى: ﴿ وَمِنْ ءَايَـٰتِهِۦٓ أَنْ خَلَقَ لَكُم مِّنْ أَنفُسِكُمْ أَزْوَٰجًا لِّتَسْكُنُوٓا۟ إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُم مَّوَدَّةً وَرَحْمَةً ﴾ [الروم: ٢١].

ولأن أهم سنوات الطفل هي السنوات الثلاثة الأولى كما مرّ معنا، فمن سوء الطالع أن معظم الأسر الحديثة تعهد للحاضنات والخادمات لتربية أطفالها في هذه الفترة إما لظروف اقتصادية وعملية حيث تعمل الأم خارج البيت أو لأسباب اجتماعية كالطلاق، أو التباهي أمام الآخرين بوجود خادمة فتنشغل بنفسها عن طفلها، فتكون الضحية الطفل. ومن سوء الطالع أيضاً أن تكون الأم موضع إهانة وتحقير فينعكس ذلك ضعفاً وهواناً وذلاً على طفلها. كما أن طبيعة العلاقة بين الوالدين لها دور أساسي في تربية الناشئ، فإن كانت العلاقة قائمة على المودة والاحترام والتعاون، انعكس ذلك إيجابياً على حياة الطفل، والعكس صحيح.

على أن تنمية شخصية الطفل في الأسرة وتحقيق ذاته تتحقق بمراعاة سد حاجاتهم الضرورية في مراحل نموهم الأولى، ومن تلك الحاجات: الحاجة إلى الطمأنينة والأمن من الأخطار التي تهدده، والحاجة إلى المغامرة واكتساب الخبرة والاعتماد على النفس، والحاجة إلى تقدير الآخرين وتشجيعهم له، والحاجة إلى الحب المتبادل مع الآخرين[٣].

وتتعرض التربية الأسرية لتحديات كبيرة إعلامية وثقافية واقتصادية واجتماعية. ومن هنا يأتي دور الأسرة في حماية الطفل من المفاسد الإعلامية والثقافية التي لا تستطيع

(3) إبراهيم ناصر: مقدمة في التربية، دار عمار، عمان، ١٩٩٠. (ص: ١٥١).

الأسرة أن تتحكم في مصادرها، فالدور الذي تستطيع أن تقوم به الأسرة في هذا الشأن هو غرس القيم الإيجابية التي تصبح معايير ومقاييس يقيس عليها الطفل سلوكه، وتترسخ هذه القيم ويتبناها الطفل إذا وجد القدرة داخل الأسرة أولاً، فالطفل مولع بتقليد أبويه، والتقليد ميل فطري وغريزي عند الإنسان.

أولاً: الأسرة والصحة والمرض والخدمة الصحية:

١. تعريف الأسرة:

عندما يتم سماع كلمة الأسرة أوقراءتها. لا نجد صعوبة في معرفة ما تعنيه هذه الكلمة. فهي مؤسسة هامة يرتكز عليها بناء المجتمع السليم المتكامل. ولكن الصعوبة تظهر عندما نحاول إيجاد صياغة لما تعنيه هذه الكلمة في جملة معبرة تعبيراً دقيقاً محدداً. ومع ذلك فإن العديد من الباحثين والعلماء عرّفوا الأسرة، ومن أهم هذه التعريفات ما يلي:

تعريف اوجست كونت للأسرة: إنها الخلية الأولى في جسم المجتمع، وهي النقطة التي يبدأ منها التطوّر.

تعريف جون لوك: إنها مجموعة من الأشخاص ارتبطو بروابط الزواج والدم والاصطفاء، أو التبني مكونين حياة معيشية مستقلة ومتفاعلة يتقاسمون عبء الحياة، وينعمون بعطائها.

وبناء على ذلك فإننا نرى الأسرة عبارة عن مؤسسة اجتماعية قائمة بذاتها. ينشأ فيها الطفل، وتتبلور من خلالها معالم شخصيته، بناء على ما يحدث في هذه المؤسسة من تفاعل وعلاقات بين أفرادها، ولكل أسرة أساليبها الخاصة بها، وأن الأسرة مسؤولة تماماً عن بناء شخصية الطفل، وتعتبر الأسرة في المجتمع بمثابة القلب في الجسد.

٢. وظائف الأسرة:

تقوم الأسرة تجاه أبنائها بعدد من الوظائف وأهمها:

أ) الوظيفة البيولوجية: وتشمل هذه الوظيفة الإنجاب والتناسل، وحفظ النوع الإنساني من الانقراض.

ب) الوظيفة النفسية: وتشمل توفير الدعم النفسي للأبناء وتزويدهم بالإحساس بالأمن والقبول.

ج) الوظيفة الاجتماعية: وتشمل هذه الوظيفة توفير الدعم الاجتماعي ونقل العادات والتقاليد والعقائد السائدة في الأسرة إلى المجتمع، وتزويدهم بأساليب التكيّف.

د) الوظيفة الاقتصادية: وتشمل توفير المال الكافي واللازم لاستمرار حياة الأسرة

٣. العوامل المؤثرة في دور الأسرة كمؤسسة اجتماعية:

يتأثر دور الأسرة كمؤسسة اجتماعية من حيث قيامها بوظائفها تجاه أبنائها أثناء عملية التنشئة الاجتماعية بالعوامل التالية:

١- العلاقة بين الزوجين.

٢- اتجاهات الوالدين نحو أطفالهم وتنشئتهم.

٣- تأثير الأخوة.

٤- ترتيب الأولاد وحجم الأسرة.

٥- جهل الوالدين بالتربية السليمة.

٦- المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة.

من كل ذلك نرى بأن الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تقوم بعملية التنشئة الاجتماعية، وأهم معاني التنشئة الاجتماعية فهي:

- تشكيل الفرد عن طريق ثقافته حتى يتمكن من الحياة في هذه الثقافة.
- تحويل الكائن الحي البيولوجي إلى كائن اجتماعي.

- عملية التفاعل الاجتماعي التي يكتسب فيها الفرد شخصيته الاجتماعية الـتي تعكس ثقافة مجتمعه، علماً بأن المجتمع يقوم بهذه العملية بجماعاته ومؤسساته المختلفة.

والأسرة من وجهة نظر علماء الاجتماع ليست مجـرد تجمـع بيولـوجي، فهـي إلى جانب ذلك نسق من العلاقـات الاجتماعيـة المتميـزة (علاقـات الأزواج والزوجـات، والآباء والأبناء).

وتؤثر بعض ظروف الأسرة والزواج في المرض، وردود فعل الأسرة عندما يمرض أحد أعضائها، وإضافة إلى وظائف الأسرة التي تقوم بها كما أشرنا إليها سابقاً فهي توفر الرعاية والحماية الجسمية والنفسية لأبنائها.

٤. دور الأسرة في الصحة والمرض والخدمة الصحية:

آثار المرض على الأسرة:

تؤكد الدراسات أن المرض مشكلة الأسرة كلها وليس مـشكلة المـريض فحـسب، وتتعدد أبعاد هذه المشكلة وتختلف باختلاف العضو المريض سواء كان الزوج أو الزوجة، أو الأبناء العائلين، أو الأطفال المعولين. وتقوم الأسرة بدور بارز في الخدمة الصحية فهي المرجع الأساس لتحديد نوعية الخدمة المطلوبة (رسمية أو شعبية). ونوع المؤسسة الـتي يلجأ إليها العضو المريض، علاوة على أنها المصدر الأصلي لاتخاذ القرار الطبي العلاجي. كما أن طبيعة الأسرة وحجمها ونوعيتها (نووية – ممتدة،...) لـه الأثـر الواضـح علـى الخدمة الصحية وبشكل فارق في البادية والريف والحضر.

ويمكن تلخيص آثار المرض على الأسرة فيما يلي:

تأثير المرض على الأسرة:

١. تفرغ أحد أفراد الأسرة لرعاية ومرافقة المريض سواء كان ذلك في المستشفى أو في البيت، وخاصة إذا كان المرض يحتاج إلى رعاية طويلة من الزمن مما يؤدي إلى:

أ- اضطراب حياة الأسرة مثل الانفصال بين الزوجين، أو استدعاء أحد الأقارب لخدمة المريض أو الأسرة، أو ترك أحد الأبناء المدرسة للمساعدة في رعاية المريض أو العمل لسد الحاجة الناتجة عن المرض.

ب- قد يقل دخل الأسرة وتتعرض إلى أزمات اقتصادية إذا كان المريض هو رب وراعي الأسرة ويظهر ذلك جليّ

ج- اً في أسر مرضى العمال ذو الأجر اليومي.

د- زيادة مسؤوليات ومصروفات الأسرة ما بين تكاليف العلاج والأغذية الخاصة وواجبات الضيافة للزائرين وأجور المواصلات.

٢. انتشار المرض إذا كان معدياً ولم تتخذ بحقه الإجراءات الصحية الضرورية مما يؤدي إلى زيادة وضع الأسرة سوء.

٣. اضطرابات وأمراض نفسية عند المريض بسبب مرضه ووضعه أو عند أفراد الأسرة بسبب الأوضاع التي قد تؤول إليها حالة الأسرة.

٤. اضطراب العلاقات الاجتماعية بسبب المرض وانشغال الأسرة بالمريض.

أ) تأثير الأسرة في الصحة والمرض والخدمة الصحية:

ويعتمد تأثير الأسرة في الصحة والمرض والخدمة الصحية على عدة أمور منها طبيعة الأسرة وحجمها ونوعيتها والقطاع الاجتماعي الذي تنتمي إليه الأسرة ويمكن تلخيص هذه الآثار بـ:

١. عدد أفراد الأسرة له تأثير واضح على انتشار الأمراض بينهم وله تأثير في مدى الاهتمام باللجوء للخدمة الصحية.

٢. دخل الأسرة له أهمية في الاهتمام بالقواعد الصحية (نظافة وتصريف الفضلات والاهتمام بالطعام ونوعيته و...) وله كذلك أهمية في طلب الخدمة الصحية.

٣. كذلك ثقافة الأسرة له أثر كبير على إتباع القواعد الصحية وبالتالي على انتشار الأمراض وكذلك له تأثير على الإقبال على الخدمة الصحية.

٤. طبيعة الأسرة وحجمها ونوعها له تأثير على اللجوء للخدمة الصحية الحكومية (المجانية). أو غير الحكومة (المدفوعة) فعلى سبيل المثال يكون سريعاً في الأسرة النووية لقلة عدد أفرادها وباتجاه الخدمة الصحية غير الرسمية يستغرق وقتاً في الأسرة الممتد لحكم كثرة عدد أفرادها وباتجاه الخدمة الصحية الرسمية.

٥. نوع الأسرة ونظم الزواج له أثر في الصحة والمرض والاهتمام باللجوء للخدمة الصحية فعلى سبيل المثال زواج الأقارب يزيد من معدل الأمراض الوراثية.

٦. طبيعة العلاقة الأسرية وترابطها له أثر كبير على الصحة والمرض وعلى اللجوء للخدمة الصحية.

٧. للقطاع الاجتماعي الذي ينتمي له الأسرة وأثره على الصحة والمرض وعلى اللجوء للخدمة الصحية فهو يتباين بين الأسر الريفية والبدوية والحضرية.

٨. الأسرة الممتدة تتاح فيها فرصة خدمة المريض وإعفائه من معظم مسؤولياته وأعماله الأساسية ويضلع لها أعضاؤها الآخرون، على حين يتعذر ذلك في حالة الأسرة النووية.

ثانياً: الطبقة الاجتماعية والصحة والمرض والخدمة الصحية:

يقوم البناء المؤسسي في المجتمع على مبدأ التباين في الأدوار الاجتماعية التي يتكون منها البناء الاجتماعي لأي مجتمع. وتباين هذه الأدوار الاجتماعية هو الذي يقرر تباين الأعمال والوظائف والواجبات التي يؤديها الأفراد والجماعات.

وتقسم معايير الانتماء الطبقي في المجتمعات إلى قسمين رئيسين:

١. المعايير أو العوامل الموضوعية: ممثلة بالدخل والملكية والثقافة والتربية والمهنة والمنطقة السكنية.

٢. المعايير أو العوامل الذاتية: وهي التي تتجسد في قيم واتجاهات ونفسيات وأهداف بناء تلك الطبقة.

وتتميز الطبقات الاجتماعية عن بعضها في المجتمع لأن لكل طبقة نفسيتها وذاتها المميزة والمتميزة فالحياة التي يعيشها الإنسان هي التي تكيف مشاعره وتصوغ أحاسيسه وأجهزته النفسية، فالكيان النفسي لطبقة ما يختلف عن الكيان النفسي لأخرى.

فالطبقة الاجتماعية ومتغيراتها الموضوعية والذاتية تلعب الدور المباشر في بلورة وتماسك آراء وأفكار ومعتقدات الفرد نحو الأشياء المحيطة به في المجتمع.

وعادة ينقسم المجتمع إلى ثلاثة طبقات:

١. الطبقة الأولى (العليا): وهي طبقة كبار رجال الأعمال وأصحاب الأموال والعقارات وكبار التجار وكبار الصناعة بالإضافة إلى كبار رجال الدولة.

٢. الطبقة الثانية (الوسطى): وهم كبار الموظفين وأساتذة الجامعات وكبار ضباط الجيش والتجّار.

٣.الطبقة الثالثة (الدنيا): ويشكلون معظم سكان أي مجتمع في المدن والريف والبادية، (صغار الموظفين، والباعة، والمزارعين، والعمال وموظفي الخدمات العامة).

وفي ضوء ما سبق ذكره تتعدد الطبقة الاجتماعية على أساس مجموعة من العوامل وهي العوامل المادية، والاقتصادية، والوظيفية، والاجتماعية، ويوجد هناك ربط كبير بين الطبقة الاجتماعية وشكل ونوع الخدمة الصحية، وعلى هذا الأساس يوجد اختلاف كبير جداً ما بين كل طبقة اجتماعية ونوع الرعاية الصحية المقدمة لها.

تأثير الطبقة الاجتماعية على الصحة والمرض والخدمة الصحية

يختلف البناء الطبقي في المجتمع الحضري عن المجتمعين الريفي والبدوي، وهذا له تأثير كبير على الخدمة الصحية، ففي المجتمع الحضري تتوفر الخدمة الصحية بنوعية أفضل وأحدث، وسبب ذلك أن المجتمعات الحضرية يوجد فيها مراكز خدمات وهناك ارتفاع نسبي في المستويات الطبقية، حيث تضم أصحاب المهن الراقية والدخول الكبيرة والتعليم العالي والوظائف العليا والمستويات السكنية الفائقة، وبمعنى آخر (طريقة حياة) أفضل بكثير من نظيرها بالمجتمعين الريفي والبدوي.

ومن هذا المنطلق فإن الطبقات العالية في الريف والبادية تطلب الخدمة الصحية وتلجأ إليها في أي مكان وبأية كيفية وبأي مقابل.

ومن دراسة الطبقات الاجتماعية وتأثيرها على المرض والصحة والخدمة الصحية وجد ما يلي:

أ) دور الطبقة الاجتماعية في الصحة والمرض:

لا يخفى على أحد أن للطبقة الاجتماعية تأثير على الصحة والمرض ويمكن فهم هذا التأثير من خلال الدراسات الوبائية التي تمت في بلاد مختلفة والتي كشفت عن أن المكانة السوسيو – الاقتصادية ترتبط بوضوح بأنواع معينة من المرض، فسجلات الدراسات المختلفة تشير إلى (على سبيل المثال):

- معدل الوفيات بشكل عام ومعدل وفيات الرضع والمواليد بوجه خاص يرتفع بين الطبقات العليا عنه في الطبقات الدنيا.
- هناك بعض الأمراض أكثر شيوعاً بين الطبقات الغنية كأمراض الشريان التاجي (القلب) واللوكيميا (سرطان الدم) وتليف الكبد، ... الخ.
- معدل الوفيات بالنسبة لأمراض معينة وغالباً الأمراض المعدية والطفيلية ترتبط بالفقر، فعلى سبيل المثال النزلات الشعبية بين الرضع والنزلات الشعبية والالتهابات الرئوية والتدرن من المسببات الرئيسية للوفاة بين أفراد الطبقات الدنيا، بينما معدلات الإصابة بتلك الأمراض أكثر انخفاضاً بين أفراد الطبقات العليا.

ويمكن أن يعزى الاختلاف في المعدلات نسبياً إلى جود البنية الصحية أو عدم وجودها وإلى الوضع الاقتصادي للأفراد، وإلى مستوى الثقافة، وإلى توفر الخدمات الصحية أو عدم توفرها و... الخ وهذا يفسر ارتفاع معدلات حدوث الأمراض المعدية والطفيلية بين أفراد الطبقات الاجتماعية الذين يعيشون في ظروف الفقر والقذارة

والازدحام وغياب التدريب الصحي، ويفسر ارتفاع معدل حدوث أمراض القلب والكبد بين أفراد الطبقات العليا.

ومن خلال الاضطلاع على هذه الدراسات كذلك نستطيع استنتاج تأثير الطبقة الاجتماعية على الصحة والمرض ويمكن تلخيصها فيما يلي:

١. يترتب على اختلاف الطبقة الاجتماعية اختلاف في احتمالات الأمراض.

٢. الوقاية من الأمراض وخدمات الرعاية الصحية والوعي الصحي تختلف من طبقة اجتماعية لأخرى.

٣. التعرض المستمر لظروف غير صحية يؤدي إلى زيادة الأمراض وتفاقمها ومضاعفتها ويؤدي كذلك إلى صعوبة تقديم الخدمات الصحية.

٤. تختلف الطبقات الاجتماعية في سرعة اللجوء للخدمات الطبية وما ينتج من آثار سلبية على الصحة نتيجة هذا التأخر.

ب) تأثير الطبقة الاجتماعية على الخدمات الصحية:

١. يتصف أصحاب الطبقات الدنيا بما يلي:

- كثرة انتشار الأمراض بينهم.
- قلة أو تأخير اللجوء للخدمة الصحية.
- اللجوء للخدمات الصحية الحكومية (المجانية).
- الاعتماد على العلاج المجاني الذي قد يكون أقل جودة وقد يضطر المريض الانتظار للحصول عليه مما يضاعف من الحالة.
- عدم الالتزام الكامل بالوصايا الطبية (فترة النقاهة، متابعة العلاج...) بسبب أوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية.
- كثرة اللجوء إلى الخدمات الصحية غير الرسمية (الطب الشعبي ، الحجامة، السحر، والاستشفاء بالأولياء...)

٢. أما أصحاب الطبقة العليا فيتصفون بعكس الطبقة الدنيا فالأمراض قليلة الانتشار واللجوء للخدمة الصحية يكون سريعاً سواء للحكومية أو الخاصة والالتزام الجيد بالوصايا الطبية وقلة اللجوء للخدمات الصحية غير الرسمية و...

٣. أما أصحاب الطبقة الوسطى فيتصفون بصفات أحياناً تشابه صفات الطبقة الدنيا وأحياناً صفات الطبقة العليا.

٤. تختلف الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الطبية (مستشفيات، عيادات، مختبرات، أدوية، ...) فهي ذات كفاءة ونوعية وإمكانيات أفضل وأحدث في المجتمعات الحضرية عنها في المجتمعات الريفية والبدوية.

٥. تحدد البيئة الطبقية سلوك المرض والشكوى منه والتعامل مع أعضاء النسق الطبي بالمؤسسة الصحية فالمريض البدوي هادئ، حسن الاستماع، غير مناقش... بينما المريض الحضري لحوح، مناقش على التفاصيل، مستفسراً عن كل شيء، ويجرأ بشكواه بصوت عالٍ ولأبسط الآلام و...

٦. أصحاب الطبقات العليا ذو صلة بالعاملين بالنسق الطبي ويستطيعون الحصول عليها بسرعة وبسهولة أكثر من أصحاب الطبقات الدنيا والمتوسطة.

ثالثاً: المهنة والمرض

تبين منذ سنوات ليست بقصيرة من خلال الأبحاث والدراسات الإحصائية المرضية أن هناك علاقة وطيدة وأساسية بين المهنة أو العمل الذي يقوم به الأفراد (العمال) وكثير من الأمراض التي يصابون بها أي أن هذه الأمراض تكون ناتجة عن أسباب وعوامل مهنية.

والأمراض المهنية ما هي إلّا حالات مرضية تصيب العامل عند مزاولته لمهنة معينة مدة من الزمن قد تطول أو تقصر. فمثلاً من يتعرض في عمله للوهج والنار ونشأت في عينه عتامات تضعف بصره كان ضعف البصر هذا مرضاً مهنياً، ومن كان يتعرض في عمله لأبخره وأتربه تحتوي على الرصاص أو المنجنيز وظهرت عليه أعراض التسمم بالرصاص أو المنغنيز فإن حالته تعتبر مرضاً مهنياً.

وهناك من بين الأيدي العاملة الذين يعمَلون بالمناجم ومصانع الكبريت والبوتاس والفوسفات يتعرضون للإصابة بأمراض صدرية وأمراض القلب وأمراض الجهاز التنفسي كالربو.

أ) أسباب الإصابة بالأمراض المهنية:

يتعرض العاملون لعوامل كثيرة في بيئة العمل قد تؤثر على صحتهم وهذه العوامل هي:

a. نقص الوعي الوقائي: أي أن الإصابة بالمرض يتوقف على مدى ومستوى إدراك صاحب العمل لمخاطر صناعته.

b. العوامل الطبيعية: كالحرارة والرطوبة والضوضاء والضغط الجوي والاشعاعات النووية.

c. الأتربة: وقد تكون عضوية مثل السكر، الدقيق والخشب وزغب القطن والصوف، أو غير عضوية مثل الرمال وأتربة الصخور.

d. الغازات والأنجرة والأدخنة التي تتصاعد من الصناعات، بعضها سام والبعض الآخر خانق.

e. العوامل البيولوجية: كالبكتيريا والفطريات والطفيليات.

f. عوامل اجتماعية وإدارية: مثل العلاقة بين العمال مع بعضهم البعض، ونظام العمل مثل الدوام وفترات الراحة والأجور.

g. عوامل الشخصية ونفسية: وتتعلق بطريقة أداء العامل لعمله مثل وقوفه وحركته وجلوسه، وعلاقته بالإله.

ب) الصحة المهنية:

تُعرف بأنها العناية بالعاملين والسيطرة على الأخطار التي يتعرضون لها، التي قد تؤثر على صحتهم وراحتهم وكفاءتهم. ويتم ذلك بالتأكد من ملاءمة العمل لصحة العامل بدنياً ونفسياً وعقلياً، والحفاظ على العامل من العوامل الطبيعية والكيماوية والبيولوجية في بيئة العمل. والاكتشاف المبكر والعلاج الفوري للأمراض التي تصيب العامل أثناء العمل.

أما التوجيه المرضي فيتضمن النظرة التكاملية للفرد حيث يقوم الطبيب والممرضة وأخصائي التدريب البدني والأخصائي النفسي والاجتماعي باستعراض ما يمتاز به الفرد من قدرات بدنية واستعدادات نفسية وعقلية وميول شخصيته حيث يتم مقارنتها والاحتياجات المهنية المختلفة لكي يتم اختيار المهنة التي تتناسب وتتفق مع حالته الخاصة.

ج) مكونات برنامج الصحة والتأهيل المهني:

بدء اهتمام الدول بوضع وتنظيم برامج التأهيل المهني حيث زاد اهتمامها بعد الحرب التي خلّفت ورائها عدد كبيراً من العجزة والمرضى والمعاقين، ومن خلال تطبيق تلك البرامج وبعدها أصبح هؤلاء عمالاً منتجين وأصحاب أعمال ناجحين.

أما برنامج الصحة المهنية فيشتمل على عدد من الإجراءات تتعلق ببيئة العمل والمهنة وهذه الإجراءات هي:

١. الخدمات الصحية المهنية وهي إجراءات للعاملين وتشمل:

أ- الكشف الطبي قبل الخدمة وهو يهدف إلى وضع العامل المناسب في العمل المناسب بقدراته وطاقاته.

ب-الكشف الطبي الدوري ويتم على فترات دورية حيث يوجه الأجهزة وأعضاء خاصة من الجسم إلى نوع المهنة المناسبة.

ج- الرعاية في الطوارئ والاسعافات الأولية للعمال فور إصابتهم بمرض طارئ.

د- تحصين العمال ضد الأمراض المعدية.

هـ- علاج المرضى من العمّال أياً كان مرضهم مهنياً أو غير مهني.

و- التأهيل الطبي للعامل المصاب بعجز.

ز- التربية الصحية ليتمكن العمّال من حماية أنفسهم من الأمراض والمخاطرة.

ح- توفير التغذية الصحية السليمة للعاملين.

ط- تهيئة المسكن الصحي المناسب.

٢. تهيئة بيئة مهنية صحية سليمة وأهم إجراءاتها:

أ- موقع المصنع من حيث اختيار المكان المناسب، ومده بالمياه الصالحة للشرب، وتصريف الفضلات.

ب-تصميم بناء المصنع وآلاته ومعداته بحيث تكون قليلة المخاطر.

ج- العناية بالنظافة والتهوية والحرارة والرطوبة والإضاء، ومنع الضوضاء.

د- منع أو الحد من الأتربة والغازات والأدخنة وغيرها من العوامل الكيماوية.

هـ- الرقابة الصحية المنتظمة للمصنع لدراسة ما يطرأ عليه من تغيرات بيئية.

د) تأثير المهنة على الصحة والمرض وعلى الخدمة الصحية:

توضح الدراسات أن المهنة ذات تأثير مباشر على المرض، وعلى كيفية التعامل معه، وعلى تحديد نمط سلوك المرض. فبعض المهن تعد مصدراً رئيسياً للإصابة بالمرض، والبعض الآخر يمثل وسيطاً للعدوى وتزداد خطورتها حينما يكون أصحابها المحترفون يتعاملون مع جمهور عريض فيما يتصل بالمشروبات والمأكولات المختلفة... الخ.

١. المهنة والمرض:

هناك بعض الأمراض ترتبط ارتباطاً مباشراً بظروف العمل ويمكن توضيح تأثير المهنة على المرض من خلال:

أ- يرتبط الوعي بالأمراض الجلدية وأمراض سوء التغذية نظراً لمعايشة الراعي للحيوانات من الأغنام والماعز والإبل، علاوة على بعض المياه النقية سواء للشرب أو الاستحمام، ونقص الغذاء.

ب-تنتشر الأمراض التالية بين العاملين بالزراعة والاستصلاح.

- الأمراض الطفيلية (الاسكارس والبلهارسيا) بحكم الحفاء وتعرضهم لمياه الري والصرف علاوة على أكل الخضروات من الحقل بدون غسيل.

- ضربات الشمس بسبب العمل في الجو الحار وتحت أشعة الشمس.
- النزلات المعوية والتهابات الكبد والملاريا بسبب كثرة الحشرات الناقلة للأمراض من ذباب وبعوض..

ج- يترتب على العمل في المحاجر أمراض السيليكوز والصدر والحساسية لانتشار الغبار وتلوث بيئة العمل خاصة في حال عدم توافر أساليب الأمن الصناعي كالأقنعة الواقية والكمامات.

د- تكثر إصابة أبناء المدن بأمراض العصر المفاجئة مثل الذبحة الصدرية، وتصلب الشرايين، والأزمات القلبية والرئوية نتيجة لطبيعة الحياة الحضرية بالمدن وأنماط المهن السائدة وطريقة الحياة فيها.

٢. المهنة والخدمة الصحية:

إن لظروف أصحاب المهن المختلفة سواء كانت الاقتصادية أو الاجتماعية أو لثقافتهم وطبيعتهم الاجتماعية وانتمائهم الطبقي تأثير كبير على الخدمة الصحية يمكن توضيحها من خلال:

أ- عدم توفر الخدمات الصحية المناسبة لجميع الأمراض المهنية وخاصة في المناطقة الريفية والبادية مما يؤدي إلى تضاعف وتفاقم وانتشار هذه الأمراض وصعوبة السيطرة عليها.

ب-تكرار الإصابة ببعض الأمراض المهنية بسبب طبيعة المهنة ومقتضياتها مثل الإصابة بالطفيليات والانتانات المعوية مما يتطلب زيادة الخدمات الصحية كما ونوعاً.

ج- أصحاب المهن الحرفية قليلو الخبرة بسلوك المرض والتماس العلاج بالمؤسسات الصحية العامة والخاصة علاوة على تباطئهم في طلب الخدمات الصحية بحكم ثقافتهم وظروفهم وتكلفة هذه الخدمات بعكس العاملين في المهن الحكومية أو المهن التي تتطلب ثقافة وتعليم وطبقة اجتماعية معينة، وهذا يؤثر على نوعية وطبيعة الخدمات الطبية المقدمة لكل فئة.

د- بعض أصحاب المهن وخاصة الحرفية يصابون بأمراض تستلزم العلاج والراحة ولكن طبيعة المهن وظروف أصحاب هذه المهنة تحد في فاعلية الخدمة الطبية وجدواها، بعكس طبيعة أصحاب المهن الأخرى التي يمكنهم من أخذ العلاج والراحة اللازمة ففي الحالة الأولى تتضاعف الأمراض وتنتكس ويصعب علاجها، ولكن في الحالة الثانية تؤدي الخدمة الطبية فاعليتها وجدواها الطبيعية.

رابعاً: البيئة الاجتماعية وتأثيرها على الصحة والمرض والخدمة الصحية:

للبيئة الاجتماعية تأثير كبير على استيطان الأمراض وعلى مدى انتشارها وطرق انتقالها، وكذلك لها تأثير على الخدمات الصحية المقدمة في منطقة ما ويظهر هذا التأثير من خلال عدة عوامل:

a. كثافة السكان وتوزيعهم: إن لكثافة السكان وتوزيعهم تأثير على انتشار الأمراض المعدية. والزحام بالمساكن يساعد على التعرض المبكر والطويل الأمد لمسببات الأمراض كما يحدث في انتشار مرض التدرن بين أفراد العائلة الواحدة، ويلاحظ تأثير هذا العامل أيضاً في اختلاف مدى انتشار الأمراض التي تنتقل عن طريق المسالك التنفسية في المدن والريف، حيث كثافة السكان في المدن أكثر بكثير من كثافتها في الريف، ومثال ذلك إصابات الحمى المخية الشوكية حيث أن معدلات هذا المرض أعلى بكثير في الحضر منها بالريف.

b. المستوى التعليمي: وهذا العامل لا يؤثر فقط في مدى انتشار الأمراض في البيئة، وعلى مدى إتباع وسائل السيطرة عليها، بل يؤثر أيضاً على مدى تعاون الناس مع السلطات الصحية في اتخاذ ما يلزم لرفع المستوى الصحي للمجتمع، إذ كلما ارتفع المستوى التعليمي في مجتمع ما ارتفع معه المستوى الثقافي الصحي، وازداد التعاون والتجاوب مع السلطات الصحية فيما يتخذ من خطوات للسيطرة على الأمراض لمنعها أو الحد من انتشارها.

c. مدى توفر الخدمات الطبية الوقائية والعلاجية: فكلما توفرت هذه الوسائل كلما سهل تشخيص الأمراض ومعالجتها واتخاذ وسائل للسيطرة عليها في وقت مبكر، مما يحد من انتشار الأمراض ويقلّل العاهات والمضاعفات التي تنتج عنها.

d. وسائل النقل: ولهذا العامل تأثيرين الأول سلبي حيث يتوفر وسائل النقل الحديثة وسرعتها أصبح في الميسور انتقال الأمراض المعدية إلى مختلف البقاع في فترة قصيرة، والثاني إيجابي حيث نجد أن وسائل النقل السريعة قد هيأت تقديم الخدمات الصحية والطبية بشكل سريع.

خامساً: السياق الاجتماعي والخدمة الصحية:

تنطوي كل أفكار الصحة والمرض، سواء كان المحدد منها أو الأكثر عمومية، على مفهوم السلوك السوي والملائمة المعيارية، أو على المفاهيم الخاصة بالملائمة الصحية والخاصة بالسلوك موضع الموافقة، إذن فهي (أفكار الصحة والمرض) تعتمد على حالة المؤسسات الصحية، وموقف علم الصحة، بالإضافة إلى اعتمادها على السياق الاجتماعي والثقافي التي تعرف فيه مشكلات إنسانية معينة، إذ هناك أنواع كثيرة من الأمراض لا تعرف باعتبارها مشاكل حالات مرضية من وجهة نظر جماعية معينة، لأنها تحدث على نطاق واسع، ومن ثم يعتاد عليها أعضاء المجتمع على أنها تمثل حالة إنسانية سائدة في المجتمع، فمثلاً هناك مرضاً جلدياً ينتشر على نطاق واسع بين أحدى القبائل في أمريكا الجنوبية، وهو عبارة عن بقع مختلفة الألوان تظهر على الجلد، حيث ينظر إلى الذين لا يوجد عنده مثل هذه البقع الجلدية على أنه شذوذ، ومعنى ذلك أن الصحة والمرض وتعريفاتها هي جميعها أمور تتشكل من خلال السياق الاجتماعي الذي تحدث فيه، وقد عبر عن ذلك "رينيه دييو" بشكل واضح عندما قال: "إن نضال الإنسان المستمر من أجل تحقيق أهداف جديدة، وبعيدة المدى، يجعل مصيره أكثر ابتعاداً عن نطاق

التنبؤ من مصير الكائنات الحية الأخرى، ولهذا السبب لا يمكن أن تمثل الصحة والسعادة قيماً مطلقة ودائمة مهما بلغ مستوى التخطيط الطبي والاجتماعي من اكتمال ونضج".

أثر السياق الاجتماعي على الخدمة الصحية:

يشير السياق الاجتماعي إلى الإطار الاجتماعي العام الذي يحيط بالخدمة الطبية ويحويها، وذلك على مستوى التنظيم وعلى مستوى المعنى.

أما على مستوى التنظيم فيتمثل في توفر المؤسسات الطبية، وإمكانياتها، وتجهيزاتها الطبية، والخبرات العملية، والأدوية التي تقدم للمرض، وموقع المؤسسة، والاهتمام الطبي بالمريض.

أما على مستوى المعنى فتتمثل في الخدمات الصحية العامة التي تقدمها المؤسسات الصحية.

1. يظهر أثر السياق الاجتماعي على الخدمة الصحية والمؤسسات التي تقدمها بالقطاعين الحضري من جهة والريفي والبدوي من جهة أخرى، وكذلك على المؤسسات المجانية والمؤسسات الخاصة، فهي أفضل وأرفع مستوى في القطاع الحضري والمؤسسات الخاصة عنها في القطاع الريفي والبدوي، والمؤسسات الاجتماعية.
2. السياق الاجتماعي يفرض كثيراً من أنماط الاستجابة للمرض، ففي بعض الأحيان يحدث المرض دون استجابة المريض السريعة بطلب الخدمة الطبية وهكذا تتضاعف المخاطر، أما في حال استجابة المريض السريعة فإن ذلك يحد من المضاعفات والآثار الجانبية المترتبة على المرض.
3. السياق الاجتماعي له أثر كبير في سلوك المرض، فلكل سن ونوع أمراضه الخاصة به، وتمارس المهنة هي الأخرى في تحديد المرض وبالتالي سلوك المريض علاوة على أن نوع المرض يفرض سلوكاً يختلف باختلاف المرض نفسه.

٤. إن لقرب المؤسسات الطبية أثر على سلوك المرض، فقربها يؤدي إلى سرعة اللجوء للخدمة الطبية وخاصة الرسمية، أما البعد فيؤدي إلى تأخير اللجوء للخدمة الطبية أو اللجوء إلى الخدمة الطبية غير الرسمية.

سادساً: سلوك المرض والخدمة الصحية:

إن اتجاهات الناس وانماط سلوكهم إزاء الصحة والمرض تتسم بالتنوع والتعقيد لدرجة كبيرة، وقد أجريت الكثير من الأبحاث الاجتماعية الطبية منذ أوائل القرن العشرين، لاكتشاف العوامل المؤثرة في المعتقدات وفي الاتجاهات السلوكية الصحية والمرضية، من ذلك بحوث كوز عام ١٩٥٤، وفرايدسون عام ١٩٦١، ولويس ولوبريتو عام ١٩٦٢، وزولا عام ١٩٩٤ وغيرهم، حيث أكدت هذه الدراسات أن اختلاف الأفراد في تفسيرهم للأعراض المرضية التي يشعرون بها، وفي استجاباتهم للألم، وفي اتجاهاتهم نحو الرعاية الطبية الذاتية، وعرض حالاتهم المرضية على الطبيب، كلها ترتبط بمتغيرات اجتماعية مثل الانتماء الحضاري أو العنصري، والطبقة الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي.

كما يتنوع إلى حد كبير الأثر المرضي لأحداث الحياة ومشاكلها (الأمراض السيكوسوماتية) على المرض وعلى سلوكهم، ويبدو ذلك التنوع في اختلاف أساليب التعبير عن مرض أو الشكوى، وفي إخفاء المشكلة الحقيقية خاصة إذا كانت مشكلة نفسية، وفي استجابة المريض للعلاج الطبي أو رفضه، وإن الموقف الاجتماعي والنفسي للمريض إزاء مشكلته وعلاقته بالطبيب، والقيم الاجتماعية والاتجاهات والآراء التي يؤمن بها تحدد بدرجة كبيرة سلوكه.

وبالرغم من تعدد البحوث والدراسات التي أجريت في مجال دراسة سلوك المريض، إلّا أن معظم هذه الدراسات قامت على أساس مقارنة سلوك المريض في مجتمعات مختلفة، وفي ظروف اجتماعية واقتصادية مختلفة، وقد توصلت إلى نتائج ساعدت على تخطيط

الخدمات الصحية والطبية، ووضع السياسات الصحية. ويرى ميكانيك أنه لكي يحصل تقدم البحث في سلوك المريض يفضل تخطي مرحلة البحث المقارن ما بين أنماط السلوك في الحضارات والثقافات المختلفة أو في الظروف الاجتماعية المختلفة.

وقد ظهرت محاولات في هذا الشأن أدت إلى وضع نماذج السلوك الصحي، كان أهمها دراسة كل من زولا عام ١٩٦٤، وكاسل وتوب عام ١٩٦٦، وساثمان عام ١٩٦٦، ومكانيك عام ١٩٨٦ وكاتز عام ١٩٧٠، واندرسون وبارتكوس عام ١٩٧٧ وغيرها. وقد اتفق معظم العلماء على أن نموذج معتقدات الصحية هي أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي لتميزه بالوضوح، ولأنه يتضمن معظم ما توصلت إليه دراسات السلوك الصحي من نتائج. ويقوم نموذج المعتقدات الصحة على أساس نظرية نفسية سلوكية قوية، مؤداها أن سلوك الشخص يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد لتحقيق أكبر قدر ممكن من الحاجات والأهداف (الحوافز). ويطبق انكينسون هذه النظرية على السلوك الصحي فيرى أن الدفع المطلوب لتحقيق النجاح يتمثل في السعي نحو الشفاء من المرض، وفي مدى رغبة الفرد الحقيقية لأن يكون في صحة جيدة.

ويفترض نموذج المعتقدات الصحية إن الناس عادة لا يحاولون اتخاذ أي إجراء للوقاية من المرض أو مقاومته إلّا إذا كان لديهم حد أدنى من الدوافع الصحية والثقافية للمرض.

ويتضمن نموذج المعتقدات الصحية العناصر التالية:

أ- استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين يحدده ما يراه هو من احتمال تعرضه للمرض.

ب- تقييم الفرد لجدوى أو فائدة هذا السلوك المقترح، ومقارنة هذه الفائدة بهذا السلوك.

ج- مثير السلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب، وقد يكون المثير داخلياً كالأعراض المرضية، أو خارجياً من خلال احتكاك الفرد بغيره.

وتتخلص فكرة دراسة أو تفسير السلوك الصحي أو سلوك المريض عن طريقة نموذج المعتقدات الصحية في نقطتين أساسيتين:

١. إن السلوك الصحي للفرد تجاه المشكلة الصحية يتحدد عن طريق ما يراه الفرد من احتمالات تعرضه للمرض وبخطورته ونتائجه.

٢. إن سلوك الفرد يتحدد من خلال صراع الأهداف والدوافع، وأن هذا السلوك يتبع أقوى الدوافع وأكثرها قيمة عند الفرد.

تأثير سلوك المرض على الخدمة الصحية:

سلوك المرض يعني الطريقة التي يدرك بها الإنسان الأعراض الأولى للمرض ويتعرف على مواضع الإصابة وكيفية تقييمها والتصرف حيالها، فقد يلجأ المريض إلى محاولات إسعاف الحالة أو علاجها بالطرق الشعبية أو الانتظار لبعض الوقت حتى اللجوء إلى الخدمة الطبية الرسمية.

فقد لاحظ الباحثون الاجتماعيون عدة أمور تتعلق بسلوك المرض واللجوء إلى الخدمة الصحية منها:

١. كثيراً من الأعراض المرضية يخفي كثيراً من المشكلات الاجتماعية خلفها وبالتالي تكون الشكوى من المرض نقطة بداية لشكوى اجتماعية أو نفسية تدفع المريض لطلب الخدمة الصحية، علاوة على أن الشكوى نفسها وطريقتها هي انعكاس لبيئة اجتماعية وتنشئة وثقافة و... الخ.

٢. شدة الأعراض وتأثيرها على المريض له تأثير كبير في سرعة طلب الخدمة الصحية مثل النزيف والحمى والشلل، على حين أن أعراضاً بسيطة كتسوس

الأسنان لا تلاقي اهتمام صاحبها ولا الإسراع بطلب الخدمة الطبية، ويخضع هذا التفاوت في الاستجابة للمرض لمدى معرفة المريض بالأعراض والأمراض، ومخاطر الأمراض، وإدراكه لما يسهل علاجه وما يتعذر، ومستواه الاجتماعي والثقافي والاقتصادي.

٣. هناك بعض الاعتبارات تحكم سلوك المرض، منها قرب المستشفى أو بعدها، وأمر العلاج والكشف والدواء (تكاليف الخدمة الصحية)، ومنها مدى اليسر أو العسر في الحصول على الخدمة الطبية، ومنها أيضاً تقييم المريض لمدى خطورة المرض.

٤. الدوافع الحقيقية وراء طلب الخدمة الصحية واللجوء إلى المستشفى هي دوافع تتنوع ما بين حدوث أزمة صحية ودور الجماعات المرجعية والطابع النسبي لمفهوم (الصحة الجيدة)، علاوة على دور العوامل الاجتماعية والنفسية الأخرى.

٥. أسباب اختيار المريض للطبيب وللمستشفى فهي تخضع لعدة اعتبارات منها خطورة المرض، وخبرة المريض السابقة بالمرض وبنظائره، والجماعة المرجعية وشهرة الطبيب المعالج (ارتفاع أجر الكشف، ازدحام العيادة، طول قائمة الانتظار اليومي، الحجز المسبق)، علاوة على التخصص ونوع المرض والوضع الاجتماعي الاقتصادي للمريض.

العوامل الثقافية:

سبقت الإشارة إلى أهمية الثقافة في موضوعات الصحة والمرض والخدمة الصحية، ونظراً لاحتوائها على مجموعة من العناصر الموجهة لشتى صور السلوك الإنساني نلقي الضوء في هذا الفصل على الأبعاد الثقافية التي تؤثر تأثيراً جوهرياً على الصحة والمرض والخدمة الصحة من خلال توضيح ما يلي:

أولاً: الثقافة والصحة والمرض.

ثانياً: الثقافة والسلوك المرضي.

ثالثاً: العادات والتقاليد.

رابعاً: المعتقدات الطبية الشعبية.

خامساً: الرعاية الصحية غير الرسمية.

سادساً: المفاهيم والتصورات الشعبية حول الصحة والمرض.

سابعاً: الحكم والأمثال الشعبية والخدمة الصحية.

الثقافة والصحة والمرض:

تحوي الثقافة مجموعة من العناصر التي تمارس تأثيرها بوضوح على الصحة والمرض، وتحكم تصرفات الإنسان، من خلال الموجهات السلوكية التي تتضمنها. فهي تتخلل معظم صور السلوك الإنساني من العادات الاجتماعية، وعادات النظافة والتربية والمعتقدات والمعارف والأمثال والحكم والمفاهيم، والتصورات الشعبية والقيم والطقوس الدينية، علاوة على آداب الحديث والمعاشرة والتحية والسلوك اللائق وغيرها من العناصر التي تحض على الحفاظ على الصحة ومعالجة المرض.

كما تتضمن الثقافة أيضاً تصورات عن كل أعضاء جسم الإنسان، وبالتالي لو أصيب بمرض تصرف صاحبه بأسلوب يختلف من عضو إلى عضو آخر.

وتجدر الإشارة إلى أن تأثير الثقافة على الصحة والمرض وبالتالي على الخدمة الصحية – يتضح من خلال تنظيمها للأمراض بصفة عامة إلى مرض لم يشخص، ومرض مزمن.

أما المرض الأول وهو المرض الذي لم يشخص فهو يمثل دائرة أو حلقة مفرغة يدور المريض حولها وداخلها على عيادات الأطباء، وعلى المستشفيات العامة والتخصصية،

وفي حال عدم التشخيص، يدور المريض حول الثقافة الشعبية من معتقدات وممارسات طبية وشعبية إلى علاج شعبي إلى استشفاء بالأولياء.

أما المرض الثاني وهو المرض المزمن وهنا قد يعلم المريض أو لا يعلم بذلك ، وهذه الأمراض تدفع المريض إلى طرق كل الأساليب الطبية العلاجية والشعبية والسحرية، ويرجع السبب إلى الأزمان وإلى سمة السرعة في طلب الشفاء واستعجاله وبالتالي يفرض الطابع الثقافي سطوته على المريض.

ومن ناحية أخرى فإن الثقافة تتضمن آداب التحية في المجتمع كالترحيب بالأيدي والسلام بالتقبيل وكثرة الترحيب، والحديث بصوت عال، وهي وسائط لنقل الأمراض مثل الحصبة، كذلك يؤدي إهمال تطعيم الأطفال من الأمراض المعدية إلى إصابتهم بكثير منها، في حين لو كانت الثقافة تحض على إتباع الأساليب الصحية في ميادين الحياة والوقاية بالتطعيم لقلّت الإصابة وانتشار الأمراض المعدية إلى أدنى حدودها ولتحسن مستوى الناس الصحي.

ويمكن إظهار آثار طبيعة العلاقة بين الثقافة والصحة والمرض والخدمة الصحية من خلال:

١. المفاضلة بين الطبقات المثقفة وغير مثقفة في إتباع وسائل الوقاية والعلاج وسرعة اللجوء للخدمات الطبية وإتباع تعليمات الطبيب.

٢. المفاضلة بين كل عضو بالجسم والعضو الآخر في الرعاية والاهتمام. فالعين تحظى باهتمام الثقافة والإنسان حامل الثقافة، أكثر ما يحظى الأنف والجلد، لذلك نجد تميزاً ثقافياً في مواجهة أمراض العيون، لعل أظهره نبذ التجريب في علاجها، والحذر عند اللجوء إلى الخدمات الصحية سواء الرسمية أو غير الرسمية.

٣. المفاضلة بين طرق العلاج في القطاعات الاجتماعية المختلفة ذات الثقافات الفرعية، فالثقافة الريفية والبدوية تحبذ العلاج الشعبي بينما الثقافة الحضرية تحبذ العلاج الرسمي بحكم توافره وتنوع مؤسساته، وكفاءته ويسر الحصول عليه.

وإذا كانت الثقافة تحدد طرق العلاج، فإنها تحدد من زاوية أخرى نوع المرض، ومدى إمكانية الشفاء منه، فالمجتمعات الريفية والبدوية يسودها الود وحسن المعاملة والتمسك بالكلمة والوفاء بالوعد، بالإضافة أنه يغلب على ثقافتها التدين والصبر وصلة الرحم، ومن ثم تقل المشكلات والتوترات التي تؤدي إلى الأمراض النفسية والعصبية والأمراض المفاجئة، بينما تنتشر فيها الأمراض المتوطنة ومضاعفاتها الخطيرة، بينما يحدث العكس في الثقافة الحضرية حيث يسودها الإيقاع السريع في العلاقات والتعامل السطحي المعقد والعلاقات النفعية غير الودية، فتسهم في زيادة مشكلات الحياة اليومية وبالتالي تكثر الأمراض النفسية والعصبية والأمراض الحضرية المفاجئة، ويقل التحسن في صحة المريض.

الثقافة والسلوك المرضي:

يعرف السلوك عادة أنه كل نشاط أو فعل أو عمل أو لفظ موّجه يقوم به الشخص نحو أمر لتحقيق هدف أو إشباع حاجة معينة. وإن السلوك البشري يكون على نوعين:

١. سلوك ثابت موروث: وهو سلوك يولد مع الإنسان.

٢. سلوك مكتسب أو متعلم: وهو سلوك يكتسبه أثناء حياته ولا يولد مزوداً به.

كما أن السلوك يقسم إلى قسمين:

١. السلوك السوي وهو السلوك العادي أو المألوف أو المعتدل الذي يواجه الموقف كما يقتضيه ويقبله الناس.

٢. السلوك الشاذ: والشذوذ هو كل ما يخالف السواء، أو هو الاضطراب النفسي الشديد، أو هو السلوك الذي يعبر عن عدم التناسق داخل الشخصية أو عن سوء التفاعل مع المحيط.

لاشك في أهمية الثقافة كمحدد لنمط سلوك المرض، وكيفية التصرف حياله وعلاجه، وحتى أسلوب الشكوى منه، وأن التنشئة الثقافية تمارس دورها في سلوك المرض في المجتمع باختلاف قطاعاته، وبداخل المؤسسات الصحية. ويظهر ذلك من خلال الثقافات الريفية والبدوية والحضرية، وثقافة النوع (ذكر – أنثى)، والأصول الاجتماعية وغيرها مما ينطوي على علاقة وثيقة بالخدمة الصحية. والملاحظ أن الثقافة تدفع المريض لالتماس العلاج. وهنا قد يكون الاعتماد على الخدمة الصحية سريعاً في حالة المقدرة والوعي الصحي، وعلى العكس في حال الفقر والاستعصاء وبالتالي يختلف سلوك المرض باختلاف الثقافة وباختلاف المرض أيضاً.

فإذا نظرنا إلى الثقافة البدوية والريفية نجد سلوك المرض يتمثل في بطء الاستجابة والانتظار حتى تظهر علامات خطورة المرض وحتمية اللجوء للخدمة الصحية، ويتمثل في اللجوء إلى الطب الشعبي أولاً ثم للعلاج بواسطة استخدام الأعشاب والكي والحجامة والوصفات المنزلية والأحجبة والنذر ومن ثم اللجوء إلى الخدمة الصحية الرسمية.

ومن ناحية أخرى تملي الثقافة البدوية والريفية على أبنائها في كيفية الشكوى من المرض، فالمريض منهم كتوم ورزين في شكواه من المرض، متماسك عند الألم، حريص على التحمل، متجمل بالصبر والتضرع إلى الله بالشفاء، يستجيب للنصائح والتعليمات الطبية، يطيع الأطباء والممرضات والكادر الطبي، ويشكر الجميع ويتكلم باستحياء وأدب.

ولكن سلوك المرض في الثقافة الحضرية يتخذ شكلاً آخر، حيث يسود الاهتمام بالصحة، بالتالي الإسراع باللجوء إلى الخدمة الطبية في المؤسسات الرسمية للاطمئنان على الصحة، والعلاج إن لزم الأمر.

كما يغلب على المريض الحضري الاضطراب عند المرض، وكثرة الشكوى منه وعلوم الأنين والتأوهات والحرص على التماس الخدمة الصحية السريعة، وهو يناقش دائماً النصائح الطبية مع الطبيب بعلم أو بدون علم، ويتمرد دائماً على العاملين بالنسق الطبي.

أما ثقافة النوع: (الذكور والإناث) وتأثيرها في سلوك المرض فقد دلت الدراسات على أن الذكور أكثر استجابة للنصائح الطبية، وأكثر التزاماً بالعلاج المقرر، وأكثر حرصاً على تناوله في مواعيده، كما أنهم أكثر احتراماً في تعاملهم مع أعضاء النسق الطبي، على حين تقل استجابة الإناث للنصح، ويقل التزامهن بالعلاج المقرر، ويكثرن النقاش مع أعضاء النسق الطبي، والسبب في ذلك قد يعود للثقافة النوعية للمرأة – كمربية وزوجة وعاملة وربة بيت.

ويبدو سلوك المرض متأثراً بالثقافة من جوانب أخرى منها تمارض عدد من الناس للحصول على أجازات مرضية أو للاستفادة من العلاج لأطول فترة ممكنة ويتضح ذلك في حالات الوظائف مثل موظفي الشركات والمرضى من الأهالي ذوي المرض المزمن طويل العلاج كمرض الربو وهبوط الضغط.

ومن الجوانب الأخرى التي يبدو فيها سلوك المرض متأثراً بالثقافة في حال اللجوء إلى المؤسسات الصحية الرسمية والمجانية، نجد المريض ذو الخبرة السابقة بمرض معين يطلب من الطبيب دواء معيناً ويؤكد على أنه يستريح بعد تعاطيه فإذا قرر الطبيب له هذه الأدوية استراح نفسياً وهدأ، وتحسنت الصحة ونال الطبيب احترامه وتقديره، ولكن إذا رفض إجابة الطلب، توترت أعصاب المريض، وفقد هدوءه وتوازنه، وتفاقم عليه المرض ووصم الطبيب بأمور غير موجودة فيه.

فهرس المحتويات